

Sirpa Levy

# Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia arviointikäynnistä palveluohjauksen näkökulmasta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Geronomi AMK

Vanhustyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

28.10.2013

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Sirpa Levy Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia arviointikäynnistä palveluohjauksen näkökulmasta 53 sivua + 3 liitettä 28.10.2013
Tutkinto	Geronomi AMK
Koulutusohjelma	Vanhustyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Vanhustyö
Ohjaaja(t)	Lehtori Tuula Mikkola
<p>Kotona asumisen tukeminen on kehityssuuntana koko yhteiskunnassa, ja se on myös Raision kaupungin ensisijainen tavoite ikäihmisten hoidossa. Laadukkailla palveluilla ja palveluohjauksella tuetaan asiakkaan kotona selviytymistä. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (vanhuspalvelulaki) vahvistaa ikääntyneen asemaa lainsäädännön keinoin. Raision kaupunki huomioi lainsäädännön tuottaessaan ja kehittäessään ikäihmisten sosiaali- ja terveystalvuluista.</p> <p>Palveluohjauksessa asiakas on kaiken toiminnan keskiössä. Opinnäytetyön tavoitteena on kuulla kotihoidon asiakkaan ääni ja asiakkaan omakohtainen kokemus arviointitilanteesta. Arviointitilanteessa korostuu asiakaslähtöisyyden, voimavaralethtöisyyden ja dialogisuuden näkökulmat, mitkä ovat palveluohjauksen kulmakiviä.</p> <p>Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ja se toteutettiin yksilöllisinä teema-haastatteluina. Kohdehenkilöt olivat uusia Raision kotihoidon palveluiden piiriin tulleet asiakkaita, joille oli tehty arviointikäynti palvelutarpeen kartoittamiseksi.</p> <p>Raision kotihoidon arviointikäynnillä on tarkoitus kartoittaa asiakkaan kokonaisvaltainen toimintakyky ja voimavarat sekä suunnitella tarvittavat palvelut. Arviointikäynnin tarkoitus on toimia palveluohjauksellisenä tilanteena, jossa yhteistyössä asiakkaan kanssa jäsennetään tavoitteet ja tarpeet sekä tuetaan itsenäisten päätösten tekemistä.</p> <p>Kehittämällä palveluohjausta ja palvelutarpeen arviointi pystytään palvelut kohdentamaan oikea-aikaisesti ja asiakkaan tavoitteita vastaaviksi. Asiakkaan tiedon lisääminen palveluista ja niiden vaikutuksista hyvinvointiin ja toimintakykyyn lisää asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuutta osallistua aktiivisesti oman elämän suunnitteluun.</p>	
Avainsanat	Palveluohjaus, asiakaslähtöisyys, dialogisuus, moniammatillisuus, kotihoito

Author(s) Title Number of Pages Date	Sirpa Levy Home Care Customers' Experiences on Evaluation Visits from the Perspective of Care Management 53 pages + 3 appendices Autumn 2013
Degree	Bachelor of Social Services and Health Care
Degree Programme	Elderly Care
Specialisation option	Elderly Care
Instructor(s)	Tuula Mikkola , Senior Lecturer
<p>Supporting living at home is a current trend in the whole society, and it is also the primary goal of the City of Raisio in caring for the elderly. High quality services and care management are used to support customers coping at home. The Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Services for Older Persons (Act on Care Services for the Elderly) strengthens the position of the elderly through legislation. The City of Raisio takes this legislation into account when producing and developing social and healthcare services for the elderly.</p> <p>In care management, the customer is at the centre of all activity. The purpose of my thesis is to hear the home care customer's opinion and personal experience on the evaluation situation. The perspectives of customer-orientation, resource-orientation and dialogue are highlighted in the evaluation situation. These are the cornerstones of care management.</p> <p>My thesis is a qualitative study, and it was implemented through individual semi-structured interviews. The interviewees were new customers of home care in Raisio who had experienced an evaluation visit to map the need for services.</p> <p>The purpose of the evaluation visits of home care in Raisio is to determine the customer's overall ability to function as well as to plan the necessary services. These evaluation visits are a part of care management, where goals and needs are gone through together with the customer and independent decision-making is supported.</p> <p>By developing care management and the evaluation of the need for services, the services can be correctly allocated to correspond with the customer's requirements. Increasing the customer's knowledge on the services as well as their impact on welfare and ability to function adds to the customer's autonomy and ability to actively participate in the planning of their own life.</p>	
Keywords	care management, customer-orientation, dialogue, multi-professionalism, home care

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Palveluohjaus	3
2.1	Palveluohjauksellinen ja yksilökohtainen työote	4
2.2	Voimavarakeskeinen palveluohjausmalli	5
2.3	Palveluohjausprosessi	6
3	Laadukkaan ja toimivan palveluohjausprosessin lähtökohdat	8
3.1	Dialogisuus	9
3.2	Asiakaslähtöisyys	10
3.3	Voimavaralähtöisyys	11
3.4	Moniammatillinen yhteistyö	14
4	Kotihoidon asiakkaana	17
4.1	Hoito- ja palvelusuunnitelma	17
4.2	Kotihoito Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueella	19
4.3	Arviointiprosessi Raisio kotihoidossa	22
5	Opinnäytetyön toteutus	24
5.1	Opinnäytetyön tavoite ja kysymykset	24
5.2	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät	24
5.3	Aineiston kuvaus ja hankinta	25
5.4	Haastattelujen analyysi	28
5.5	Tutkimustyön eettisyys ja luotettavuus	29
6	Tulokset	31
6.1	Palvelutarpeen selvittäminen	31
6.2	Palveluohjaus ja – tarpeenarviointi	33
6.3	Dialogisuus ja voimavaralähtöisyys	37
7	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	41
7.1	Asiakkuuden alkaminen	41
7.2	Palveluohjaus itsenäisen päätöksen teon tukena	42
7.3	Asiakkaan kohtaaminen	44
8	Pohdinta	46

Liitteet

Liite 1. Haastattelupyyntö tutkimukseen

Liite 2. Tutkimussuostumus

Liite 3. Teemahaastattelurunko

## 1 Johdanto

Kotihoidon toiminnan tarkoituksena on turvata pitkäaikaissairaiden ja ikäihmisten mahdollisuus asua omassa kodissaan. Arviointikäynnillä arvioidaan asiakkaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä omat voimavarat ja palveluiden ja tukitoimien tarve. (Kotihoito n.d.) Vanhuspalvelulaki nostaa arvioinnissa esiin edellä mainittujen lisäksi kognitiivisen toimintakyvyn sekä ympäristön merkityksen suhteessa toimintakykyyn (Vanhuspalvelulaki 2012: 46). Hoito- ja hoivapalvelut jakaantuvat entistä suuremmalle joukolla ikääntyneitä henkilöitä ja heidän palveluntarpeensa on moninaisempaa. Hyvinvointiyhteiskunnassa palveluiden kohdentuminen ikäihmisten tarpeita vastaavaksi on ajankohtainen kysymys (Vilkko – Finne-Soveri – Heinola 2010: 44).

Opinnäytetyössä työelämän edustajana on Raision kaupunki, sosiaali- ja terveysvirasto ja kotihoito. Raision kaupungin toiminta-ajatuksena on kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen elämän eri vaiheissa. Se merkitsee asiantuntevien palveluiden järjestämistä ja asiakkaan tarpeisiin perustuvia ratkaisuja. (Raision kaupungin strategia n.d.) Palveluohjauksen keinoin on mahdollista lisätä asiakkaan hyvinvointia ja toimintakykyä sekä kehittää toimintaa asiakaslähtöisesti ja asiakasta voimaannuttavaksi.

Palveluohjaus perustuu asiakkaan ja ohjaajan kohtaamiseen ja luottamuksellisen suhteen rakentamiseen sekä asiakkaan tukemiseen. Voimavarakeskeisessä palveluohjausmallissa tuodaan asiakkaan omat voimavarat näkyviksi ja korostetaan asiakkaan omien tavoitteiden toteuttamisen tärkeyttä (Suominen – Tuominen 2007: 32). Palveluohjauksellinen työote perustuu voimavarakeskeiseen palveluohjauksen malliin (Hänninen 2007:16). Yksilökohtaisessa työotteessa on kyse asiakkaan pitkäaikaisesta ja monimutkaisesta palveluntarpeesta, joka perustuu huolelliseen arviointiin ja yksilökohtaisten palveluiden suunnitteluun, mikä edellyttää usein moniammatillista yhteistyötä. Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa korostuu vastuu hoidon seurannasta ja arvioinnista hoidon aloittamisen jälkeen. (Ala-Nikkola – Sipilä 1996: 23–25.) Kotihoidossa on erilaisia asiakkaita yksilöllisine tilanteineen ja siksi käytössä on erilaisia palveluohjausmalleja ja työotteita, jotka ovat lähtöisin asiakkaan tarpeista ja tilanteesta.

Vanhuspalvelulakia on valmisteltu vuodesta 2011, ja se astui voimaan 1.7.2013. Raision kaupungin hoito- ja hoivapalveluohjelmassa (2011) on huomioitu valmisteilla olevan vanhuspalvelulain vaikutukset ja ikääntyvien aseman parantaminen lainsäädännön

keinoin (Hoito- ja hoivapalveluohjelmassa 2011: 2). Vanhuspalvelulain (2012) tavoitteena on varmistaa kuntien varautuminen ikärakenteen muutoksen aiheuttamaan palvelutarpeen kasvuun ja varmistaa iäkkäiden ihmisten laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä heidän mahdollisuutensa vaikuttaa palveluihin. (Vanhuspalvelulaki 2012: 19.) Tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen on sisällytetty näkökulmia lain merkityksestä ikääntyneiden hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemisesta sekä palveluohjauksen merkityksestä. Vanhuspalvelulaissa laadukkaan palveluohjauksen ja palvelutarpeenarvioinnin merkitys on tuotu vahvasti esiin ikääntyvien hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukemisessa.

Laadukkaalla palvelutarpeen arvioinnilla voidaan parantaa asiakkaan yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa, itsemääräämisoikeutta, turvallisuutta sekä hoidon jatkuvuutta. Keskeisenä elementtinä palvelutarpeenarvioinnissa on aina asiakas omassa yksilöllisessä ja ainutkertaisessa tilanteessa, oman kokemuksellisuuden ympäröimänä. Se on lähtökohta, kun lähdetään selvittämään asiakkaan omia voimavaroja, toimintakykyä ja niihin valittavia auttamismenetelmiä. Asiakkaan osallisuutta omaa suunnitelmaa koskevaan päätöksentekoon vahvistetaan, jolloin myös asiakkaan sitoutuminen hoitoon vahvistuu. Suunnitelmalle asetetaan selkeät, realistiset ja mitattavat tavoitteet, jolloin kaikki osapuolet suuntaavat toimintansa kohti samaa tavoitetta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin, teemahaastattelulla, kerätä kotihoidon asiakkaiden kokemuksellista tietoa arviointikäynnistä. Tarkoituksena on selvittää, millaisena asiakas kokee käytössä olevan arviointikäynnin, sekä tarkastella kokemuksia palveluohjauksen näkökulmasta huomioiden vuorovaikutuksen merkitys ja asiakkaan osallisuuden tukeminen elämäntilanteensa suunnittelussa.

## 2 Palveluohjaus

Yhteiskunnan järjestelmien muuttuminen avohoitopainotteiseksi muuttaa hoiva- ja hoitopalveluiden asiakaskunnan tarpeet haasteellisemmiksi ja monimuotoisemmiksi. Palveluohjauksen keinoin voidaan muuttaa usein jähmeästi ja sektoroituneesti toimivia palveluita asiakaslähtöisemmiksi sekä sektorirajoja ylittäväksi, saumattomaksi toiminnaksi. (Hänninen 2007:12.)

Palveluohjauksen määritelmiä on monia riippuen siitä, mistä näkökulmasta sitä katsotaan. Pietiläinen ja Seppälä (2003) kuvaavat palveluohjausta asiakastason interventioksi. Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa korostuu asiakkaan ja ammattilaisen kohtaaminen ja asiakaslähtöinen toimintatapa tarkoituksenmukaisten ratkaisujen löytämiseksi. Palveluohjaustoiminnan tarkoituksena on pirstaleisen palvelujärjestelmän yhteensovittaminen yksilöllisesti ja tarvelähtöisesti. (Pietiläinen – Seppälä 2003: 15.) Hännisen (2007) mukaan palveluohjaus sisältää erinäisiä asioita kuten palveluohjauksen työotteet, asiakkaan tarpeet, auttajatahot sekä tuki- ja palvelumuodot (Hänninen 2007: 14).

Palveluohjauksen työmuodot jaetaan neuvontaan ja ohjaukseen, palveluohjaukselliseen työotteeseen sekä yksilökohtaiseen palveluohjaukseen riippuen siitä, kuinka monipuolista ja intensiivistä asiakasyhteistyö on. (Hänninen 2007:14.) Suominen ja Tuominen (2007) jakavat palveluohjausmallit tiivistetysti yleiseen, voimavarakeskeiseen ja intensiiviseen palveluohjauksen malliin (Suominen – Tuominen 2007: 31). Palveluohjauksen eri tasoja voidaan käyttää asiakkuuden eri vaiheissa. (Hänninen 2007:14.)

Eloranta (2006) on tutkielmassaan tutkinut erilaisia asiakkaita, jotka eroavat yhteistyövalmiuksineen ja – odotuksineen. Asiakkaat hän on jaotellut konsultoiviin, aktiiviseen toimintaan pyrkiviin sekä tukeutuviin ja vetäytyviin asiakkaisiin. (Eloranta 2006: 61–63.) Palveluohjaus ei ole palveluiden ohjaamaa toimintaa, vaan kokonaisvaltainen arviointi perustuu asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen ja elämäntilanteeseen ja siten myös palvelu- ja hoitokokonaisuuksien toteuttamisessa tehdään yksilöllisiä ratkaisuja (Ala-Nikkola – Valokivi 1997: 25).

Vanhuspalvelulaissa on tuotu esiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemiseen ja itsenäiseen suoriutumiseen vaikuttavia asioita, joihin voidaan laadukkaalla palveluohjauksella ja palvelutarpeenarvioinnilla vaikuttaa. Vanhuspalvelulain (2012) kolmannen



luvun sisältönä on iäkkään palvelutarpeiden selvittäminen ja niihin vastaaminen. Lain neljännen luvun sisältönä on palveluiden laadun varmistaminen. Lain yhtenä lähtökohdana on iäkkään oma näkemys palveluiden tarpeesta ja niiden järjestämisestä. (Vanhuspalvelulaki 2012: 58–66. )

## 2.1 Palveluohjauksellinen ja yksilökohtainen työote

Suomessa on yksimielisesti otettu käyttöön kolme palveluohjauksen työtapaa. Neuvonnan ja ohjauksen kautta asiakas saa apua selvärajaiseen ongelmaan. Asiakkaalta edellytetään hyvää toimintakykyä, oma-aloitteisuutta ja kykyä määritellä ongelma. Vuorovaikutussuhde ei kehity syvälliseksi vaan ohjaaja toimii asiantuntijana tilanteessa. (Suominen – Tuominen 2007:16–17.) Vanhuspalvelulaki (2012) määrittelee hyvinvointia tukevat palvelut kunnan järjestettäväksi kuten esimerkiksi neuvontapalvelut, jotka voidaan toteuttaa matalan kynnyksen palveluiden lisäksi sähköisinä palveluina. Riskiryhmien hyvinvointia, terveyttä ja itsenäistä suoriutumista tuetaan mm. terveystarkastuksilla ja kotikäynneillä. Kaikkiin hyvinvointia tukeviin palveluihin sisällytetään neuvontaa ja ohjaus, ongelmien tunnistaminen ja varhainen tuki. (Vanhuspalvelulaki 2012: 22.)

Palveluohjauksellinen työote on asiakkaan palveluiden varmistamista ja koordinoimista. Suhde kehittyy vuorovaikutuksen ja luottamuksen pohjalle. Ohjaaja on kumppani, jonka kautta asiakas voi peilata tilannettaan ja erilaisia vaihtoehtoja. Asiakas voimaantuu yhdessä etsittyjen toiminta- ja ratkaisumallien kautta. (Suominen – Tuominen 2007: 16–17.)

Yksilökohtainen palveluohjaus perustuu asiakkaan ja palveluohjaajan intensiiviseen ja dialogiseen kohtaamiseen. Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa palveluohjaaja ei voi käyttää viranomaisvaltaa asiakkaaseen nähden. Palveluohjaajan tulee hallita asiakasryhmänsä erityispiirteet voidakseen ymmärtää asiakkaan ongelmia ja nähdä vahvuuksia. (Suominen – Tuominen 2007: 16–17.) Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa päätökset tehdään lähellä asiakasta. Palveluohjaaja toimii oppaana palvelu- ja etuusviidakossa ja antaa asiakkaalle tietoa, jotta asiakas kykenee tekemään itsenäisiä päätöksiä ja valintoja tavoitteen mukaisten toimintojen tukemiseksi. Palveluiden tulee olla asiakkaan toimintakykyä tukevaa sekä voimaantumista edistävää toimintaa. (Ala-Nikkola – Valokivi 1997: 26.) Palveluohjaus edellyttää myös asiakkaan vastuunottoa ja ohjaajalta vastuuttavan työotteen käyttämistä. Vastuunottaminen sitouttaa asiakasta toimintaan ja

mahdollistaa itsenäisen elämän toteutumisen sekä oman voimaantumisen. (Suominen – Tuominen 2007: 19.)

Ennaltaehkäisevässä mielessä palveluohjaus on merkityksellistä toimintaa. Varhaisessa vaiheessa, ennen ongelmien kasaantumista, asiakkaan tilanteeseen on helpompi löytää ratkaisuja. Asiakaskunnasta tulisi löytyä ajoissa ohjauksesta hyötyvät asiakkaat. (Hänninen 2007: 12.) Palveluohjauksen etsivää työtä tarvitaan, niiden asiakkaiden löytämiseen, joiden kotona selviytyminen on vaarassa tai ovat muuten erityisen tuen tarpeessa. Merkityksellistä on tunnistaa monimutkaiset ja vaikeat tilanteet, kuten erilaiset siirtymävaiheet, toimintakyvyn äkillinen heikkeneminen tai perheen sisällä tapahtunut kriisi tai elämäntilanteen muutos. (Ala-Nikkola – Valokivi 1997: 24.)

## 2.2 Voimavarakeskeinen palveluohjausmalli

Toimintakykyä edistävän hoitotyön lähtökohta on gerontologiaan, ikääntymismuutoksiin, hoitotyön tietopohjaan ja moniammatilliseen yhteistyöhön pohjautuva tavoitteellinen prosessi. Ikääntyvän selviytymistä ja itsenäisyyttä tuetaan voimavaralähtöisellä ja tavoitteellisella toiminnalla tunnistuen riskitekijät, todelliset (aktuaaliset) ja mahdolliset (potentiaaliset). (Vähäkangas 2008: 144–145.) Ikäihmisen toimintakyky on yksilöllinen ja sidoksissa tilanteisiin sekä konteksteihin. Toiminnallisuuden lisäksi toimintakykyyn liittyy mm. sosiaaliset suhteet, tarpeellisuuden kokemus, voimavarojen löytäminen ja hyödyntäminen rajoituksista huolimatta. Voimavarojen löytyminen ja toimintakyvyn tukeminen on toimijuuden ja osallisuuden tukemista perustaen sen ihmisen elämänhistoriasta saatuihin tietoihin. (Voutilainen 2008: 124.)

Asiakaskohtaamisissa ensimmäisen tapaamisen aikana tulevat esiin keskeiset vaikeudet ja kysymykset. Elämäntilanteen eri osa-alueiden läpikäyminen ja niiden merkityksen arvioiminen yhdessä asiakkaan kanssa, auttaa tilanteen jäsentämistä. (Kananoja – Lähteinen – Marjamäki 2011: 144.) Toimijuuden modaliteettien mukaan ihmisen toimijuutta estää tai edistää fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset pakot ja rajoitukset, mahdollisuudet erilaisissa tilanteissa, motivaatio, omat tiedot ja taidot sekä kyvyt. Toimijuuteen kuuluu myös taito arvioida ja liittää tunteita erilaisiin kokemuksiin. Asiakkaan kohtaamisessa tulee ottaa huomioon asiakkaan sen hetkiset voimavarat ja mahdollisuudet aktiiviseen toimijuuteen ja tarttua niihin asioihin, jotka ovat toimijuuden esteenä. Voimaantumista ja voimavaroja lisää hyvä arki, tavallisen asioiden sujuminen. Ihmisen käytössä

oleva toimintakyky on sidoksissa tilanteeseen ja asiayhteyteen. (Jyrkämä 2007: 205, 215.)

Asiakkaan omien voimavarojen määrittäminen ja vahvistaminen vaikuttavat palvelun tarpeeseen sekä osallisuuden lisääntymiseen. Asiakas voi kompensoida puutteitaan käyttämällä hyödyksi omia voimavarojaan tai sosiaalisen verkostonsa tukea. Hallilan (1999) mukaan asiakkaan voimavarojen löytymisen ja vahvistamisen myötä voi löytyä tehokas hoitotyön auttamismenetelmä. Kun asiakkaan omia voimavaroja hyödynnetään, asiakasta kannustetaan ja motivoidaan, hän kokee tulleen yksilöllisesti kohdatuksi ja saaneensa todellista apua. (Hallila 1999: 71.)

### 2.3 Palveluohjausprosessi

Työtapana palveluohjausta kuvataan prosessina. Ajatuksena on toiminnan laadun ja sisällön tasapuolistaminen. Liian tarkkaan määritelty prosessikuvaus saattaa kuitenkin tehdä prosessista kaavamaisen ja vähentää asiakkaan osallisuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa toiminnan sisältöön. Muotoseikat eivät saa johtaa prosessia vaan asiakkaan tavoitteet. Eri vaiheet voivat toimia tarkistuslistan tapaan prosessin etenemisen seuraamisessa. (Suominen – Tuominen 2007: 40, 43.)

Reito (2006) jakaa palveluohjausprosessin seitsemän osaisen mallin mukaan seuraavasti: sopimisvaihe, lähtötilanteen kartoitus, tavoitteiden laatiminen, mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen etsiminen, koordinointi ja seuranta sekä prosessin päättäminen. Prosessi etenee tiettyjen vaiheiden kautta yksilöllisen tarpeen mukaan, eivätkä vaiheet ole aina selkeästi erotettavissa toisistaan. (Reito 2006: 12.) Suominen ja Tuominen (2007) ovat yksinkertaistaneet palveluohjausprosessin kolmivaiheisen mallin mukaan sisältämään aloitusvaiheen, työvaiheen ja lopetuksen (Suominen ja Tuominen 2007: 41). Al-Nikkola ja Valokivi (1996) kuvaavat palveluohjauksen viisivaiheisena prosessina, johon kuuluu asiakkaiden valinta, palvelutarpeiden arviointi, palveluiden suunnittelu ja järjestäminen, palvelutarpeiden seuranta sekä palvelukokonaisuuden korjaaminen (Al-Nikkola – Valokivi 1996: 24).

Asiakkaiden valinnassa palvelut on tarkoitettu kohdentaa niille, joille palveluohjauksesta on hyötyä. Asiakkaan auttamiseen on olemassa erilaisia vaihtoehtoja. Palvelutarpeen arviointi tehdään asiakkaan tilanteen mukaan. Palvelutarpeenarviointi ei ole palvelui-

den ohjaamaa toimintaa, vaan kokonaisvaltainen arviointi perustuu asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen ja elämäntilanteeseen ja siten palvelu- ja hoitokokonaisuuksien toteuttamisessa tehdään yksilöllisiä ratkaisuja. Tavoitteita kohti mennään palvelujärjestelmän tuen ja avun keinoin huomioiden asiakkaan osallisuus toiminnassa. Palveluiden suunnittelemisen ja järjestämisen päätökset tehdään asiakaslähtöisesti. Palveluiden tulee olla asiakkaan toimintakykyä tukevaa sekä voimaantumista edistävää toimintaa. Toiminnan painopiste on dialogisuudessa. Toiminnan toteutus ja koordinointi toimii systeemimaailman ja elämysmaailman välissä yhteistyössä toimijaverkoston kanssa. Palveluiden seuranta ja korjaaminen korostaa vastuun jatkuvuutta. Palveluohjaaja seuraa ja tukee asiakasta sekä hänen läheisiään. Asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa kartoitetaan tilanne uudelleen ja tehdään muutokset joustavasti ja tarpeenmukaisesti. (Ala-Nikkola–Valokivi 1996: 24–27; Reito 2006: 13–14; Suominen–Tuominen 2007: 40.)

Palvelutarpeisiin vastaaminen on nostettu vahvasti esiin vanhuspalvelulaissa. Lähtökohtana ovat kunnan tarjoamat, asiakkaan tarpeista lähtevät, oikea-aikaiset ja riittävät palvelut. Palveluntarve tulee määritellä yhdessä asiakkaan kanssa moniammatillisen yhteistyön keinoin sekä luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Palveluiden riittävyttä arvioitaisiin palvelutarpeen selvittämisen ja palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä esiin tulleiden asioiden perusteella. (Vanhuspalvelulaki 2012: 22–23.)

### 3 Laadukkaan ja toimivan palveluohjausprosessin lähtökohdat

Palveluketju on toimintamalli, jossa asiakkaan tilanteen vaatimat toimet muodostat kokonaisuuden, jota toteutetaan ammattilaisten yhteistyöllä sekä vuorovaikutuksella asiakkaan kanssa. Palveluketju on organisaatorajat ylittävää ja yksilöllisesti suunniteltua toimintaa. Asiakkaan tulee saada tarpeelliset ohjeet ja palvelut riippumatta missä organisaatiossa ne tuotetaan. Asiakkaan asiointi palveluketjussa on hänen näkökulmastaan joustavaa ja siten organisaatioiden rajat tai moniammatillisen tiimin toiminta ei näy asiakkaalle. (Ruotsalainen 2000: 15–21.)

Palveluohjauksen toteutuminen palveluketjussa merkitsee koko palveluorganisaation sitoutumista asiakaslähtöisen työn perusarvoihin. Henkilökunnan palvelujärjestelmän tuntemus vaikuttaa ohjauksen laatuun, muuten ohjauksesta tulee sattumanvaraista ja valikoitunutta. (Ala-Nikkola – Valokivi 1997: 48.) Henkilöstön asenteet ja toiminta palveluketjun osana edellyttää ammattilaisten tietoa järjestelmän toimintatavoista sekä kykyä dialogiseen vuorovaikutukseen. Vastuujaon selkeyttäminen ja määrittely on palveluketjun toteutumisen kannalta tärkeää. (Ruotsalainen 2000: 22–23.)

Asiakas jää helposti passiiviseksi osapuoleksi palvelujärjestelmässä, jossa ammattilainen päättää hänen puolestaan mihin jatkotoimiin tulee ryhtyä. Palvelujärjestelmä näytetään asiakkaille tarjontaohjattuna ja rajoitettuna, mikä näkyy mm. lähetekäytäntöinä ja palveluiden omavastuuosuuksina. Saumattomalla palveluketjulla pyritään organisaatiokeskeisestä järjestelmästä asiakaslähtöiseen toimintamalliin. (Ruotsalainen 2000:10–12.) Asiakkaat ovat yksilöitä omine yksilöllisine tarpeineen, voimavaroineen ja odotuksineen. Asiakaslähtöinen työskentely perustuu vuorovaikutukseen, asiakkaan elämänhistorian tuntemiseen ja sen huomioimiseen palveluita suunniteltaessa. (Heinola 2007a: 22.)

Vuorovaikutus on laaja käsite, joka pitää sisällään niin yksilöiden, yhteisöjen, organisaatioiden kuin kulttuurien välistä vuorovaikutusta. Asiakastyön näkökulmasta käsitteeseen voidaan liittää vuorovaikutusta kuvaavia termejä kuten moniammatillisuus, asiakaslähtöisyys, dialogisuus ja voimaantuminen. Vuorovaikutus on yksilöiden välistä toimintaa, johon jokainen osallistuja tuo oman panoksensa. Dialogiseksi vuorovaikutuksen tekee vastavuoroisuus, tasavertaisuus ja tavoite molempipuolisen ymmärryksen löytämiseksi. (Mönkkönen 2007: 15.)

### 3.1 Dialogisuus

Dialogisuudella on keskeinen osa palveluohjauksessa ja asiakkaan kohtaamisessa. Uuden ymmärryksen syntymisen ehtona on dialogisen keskustelun kehittäminen (Seikkula – Arnkil 2009: 56). Dialogin tarkoituksena on pyrkiä yhteiseen ymmärrykseen ja vuorovaikutustaidoilla edesauttaa ymmärryksen syntyä. Dialogisuus edellyttää aitoa kohtaamista sekä vastavuoroista ja luottamuksellista suhdetta, jonka kautta molemmilla osapuolilla on mahdollisuus oppia ja muuttaa ajatusmaailmaa. Dialogin rakentuminen edellyttää samanlaisen terminologian käyttöä ja niiden merkityksen ymmärtämistä samalla tavoin. Tietoa ja vastauksia ei ole valmiina vaan niitä lähdetään yhdessä etsimään. (Mönkkönen 2007: 86–89, 99; Hänninen 2007:12.) Vuorovaikutuksellinen dialogi on tapa toimia ja kohdata toinen ihminen sekä kunnioittaa asiakasta ainutlaatuisena yksilönä, jolla on elämäkokemukseen ja – historiaan pohjautuen syntynyt oma tapa tulkita ja kohdata asioita (Rostila 2001: 42; Vilén – Leppämäki – Ekström 2002: 86).

Asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyö muuttuu dialogiksi, vuorovaikutussuhteeksi, kun asiakas on aktiivinen ja yhdenvertainen toimija (Kiikkala 2000: 120). Ammattihenkilö pyrkii tukemaan asiakasta vuorovaikutuksellisin keinoin omien valmiuksien pohjalta. Vuorovaikutuksellinen tukeminen edellyttää asiakkaan tilanteeseen tutustumista tai se voi olla tarttumista hetkeen, aitoa kohtaamista ja kuuntelemista. (Vilén – Leppämäki – Ekström 2002: 13.) Luottamuksellisen suhteen syntyminen on hidas prosessi eikä synny ensi kohtaamisella. Luottamusta rakennetaan askel askeleelta. (Ala-Nikkola 2003: 81.)

Dialogisella kohtaamisella tuetaan asiakkaan kotona selviytymistä ja hoitoon sitoutumista. Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa kykyjensä edellyttämällä tavalla yhteistyössä läheisten ja ammattilaisten kanssa. (Tepponen 2007: 69; Henttinen 2008: 17.) Ammattilaisen näkökulmasta vuorovaikutuksellisessa suhteessa muutetaan työmenetelmiä ja omaa toimintaa tilanteen mukaan. Vuorovaikutuksen rakentamiseen vaikuttaa asiakkaan kokonaistilanne, oman perustehtävän säistäminen sekä menetelmien valinta ja käyttö. (Vilén – Leppämäki – Ekström 2002: 17.) Vuorovaikutussuhteiden ymmärtäminen edellyttää palvelujärjestelmän ja organisaation tuntemista sekä näkemystä itsestä osana kokonaisuutta (Ala-Nikkola 2003:69).

### 3.2 Asiakslähtöisyys

Kiikkala (2000) jakaa asiakslähtöisyyden neljään ulottuvuuteen. Asiakslähtöisyys on kaiken toiminnan arvoperusta, jossa asiakas kohdataan kunnioittavasti, kokonaisvaltaisena yksilönä. Asiakslähtöisyys koostuu arvoperustasta, johon sisältyy muun muassa itsemääräämisoikeus, yhteistyö ja yhdenvertaisuus. Toisena ulottuvuutena on näkemys asiakkaasta. Asiakas on yksilö, perheen ja lähiyhteisön jäsen, yhteisön jäsen sekä yhteiskunnan jäsen. Asiakkuus ilmenee monilla tasoilla, yksilöstä yhteiskunnalliseen tasoon, samanaikaisesti. Asiakslähtöisyys näkyy hoito- ja palvelutoiminnassa dialogisena kohtaamisena ja asiakkaan asemaan asettumisena. Hoito- ja palvelutoiminta on vastavuoroista ja perustuu yhteisiin sopimuksiin. Neljäntenä ulottuvuutena on asiakslähtöisyys työntekijän näkemyksenä. Asiakslähtöinen toiminta on ”samalla tasolla” toimimista. Asiakslähtöisyys edellyttää ammattilaiselta avoimuutta, aitoutta ja ammatitaitoa. Asiakslähtöisyyden esteenä Kiikkala näkee palveluiden organisoinnin, henkilöstön asenneilmapiirin sekä vaatimattoman yhteistyön kansalaisten kanssa. (Kiikkala 2000: 116–120.)

Asiakslähtöisyys pitää sisällään jatkuvuuden, joka lisää asiakassuhteessa keskinäistä ymmärrystä ja tarvelähtöisyyttä. Jatkuvuudella on merkitystä palveluiden laadulle. (Ruotsalainen 2000: 19.) Lehdon (2000) mukaan asiakslähtöisyys koostuu monesta tekijästä, kuten ammattilaisten asiakslähtöisyyden periaatteista, asiakkaiden vaikutuksesta ja palautteen antamisen mahdollisuuksista, palveluiden johtamisen antamasta painoarvosta asiakslähtöisyydelle sekä päättäjien tahtotilasta (Lehto 2000: 39).

Asiakslähtöisessä ajattelussa korostuu asiakkaan vastuunotto ja päätösvalta omassa elämässään (Vilén – Leppämäki – Ekström 2002: 26). Vastuunottoa ja itsenäistä päätöksentekoa tukee asiakkaan osallisuuden lisääminen oman palvelunsa eri vaiheissa. Asiakslähtöisyys luo perustan palveluiden suunnittelulle, ohjaa arjen toimintaa sekä palveluiden laatua. (Seiskari – Töyrylä 2000: 63.)

Kotihoidon toiminta on asiakslähtöistä ja toiminnan onnistumista voidaan mitata tyytyväisyytenä sekä hyvinvoinnin ja elämänlaadun myönteisillä vaikutuksilla. Asiakas muodostaa käsityksen palveluiden laadusta kokemuksiinsa perustuen ja kokemuksia tutkimalla saadaan vastauksia kehittämistarpeista. (Heinola 2007c:30.) Vanhuspalvelulain (2012) 6 §:n mukaan tulisi palveluiden riittävyttä ja laatua arvioida vuosittain. Palautetta tulisi kerätä säännöllisesti palveluiden käyttäjiltä, heidän läheisiltään sekä kunnan

henkilöstöltä. Lisäksi vanhusneuvosto tulisi ottaa mukaan palveluiden arviointiin. (Vanhuspalvelulaki 2012: 37, 59–60.) Kotihoidon asiakas tulisi nähdä kehittämistyön asiantuntijana. Toiminnan kehittämisen kannalta on merkityksellistä saada palautetta asiakailta tarvevastaisuudesta, toiminnan vaikutuksista ja vuorovaikutuksesta. (Heinola 2007c: 30.)

Hoitotyön päätöksenteko ohjaa ammattihenkilön ajattelua ja luo hoitotilanteelle johdonmukaisen etenevän rakenteen. Päätöksenteon perustana on asiakkaan tunteminen. Hoitotyön tarpeita määritellään ja hoitopäätöksiä tehdään yhteistyössä moniammatillisen tiimin, asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Yhteistyön tarkoitus on hyödyntää ammattilaisten asiantuntijuutta ja erityisosaamista sekä ottaa asiakas mukaan täysivaltaisena jäsenenä. (Ala-Nikkola – Valokivi 1997: 48; Hallila 1999: 41–43.) Tilanteen arvioiminen, vahvuuksien ja resurssien kartoittaminen asiakkaan oman todellisuuden ja tarvelähtöisyyden perusteella on merkityksellistä toiminnan suunnittelun ja toteutuksen onnistumisen kannalta. Siksi asiakkaan kertomat halut, toiveet ja hankaluudet ovat arviointitilanteessa tärkeintä tietoa, mille perustaa suunnitelmaa. (Rostila 2001: 64–68.)

Ala-Nikkolan ja Valokiven (1997) tutkimuksessa kysymyksenä nousi esiin ”miten paljon tarjottiin työntekijän sopivaksi katsomia palveluja sen sijaan, että kartoitettaisiin ensin asiakkaan ja /tai omaishoitajan tarpeet ja järjestettäisiin palvelut sen mukaan” (Ala-Nikkola – Valokivi 1997: 48). Asiakslähtöisen ja voimaantumista edistävän toiminnan lähtökohta on, että asiakas nähdään kokonaisvaltaisesti ja oman elämänsä asiantuntijana. Arvioinnissa tulee huomioida vamman tai sairauden vaikutukset arkeen sekä ympäristön merkitys. Ammattihenkilöllä on asiantuntijan tiedot ja taidot, kyky jäsentää asioita eri näkökulmasta sekä kokemusta miten eri ratkaisut ovat toimineet. Ammattilaisella on verkostoja. Suhde on tasavertainen yhteistyö, joka muodostuu yhteiseen asiaan sitoutumisen kautta kumppanuudeksi. Ratkaisut löytyvät yhdessä pohtimalla kunnioittavassa ja arvostavassa vuorovaikutuksessa. (Pietiläinen – Seppänen 2003: 26–27.)

### 3.3 Voimavaralähtöisyys

Sosiaalityön haasteena ovat asiakkaan voimavarat ja ammattilaisen asiantuntijuus sekä saada ne palvelemaan toisiaan. Voimavaralähtöisyyden perustana on asiakkaan kuuleminen ja asiakkaan määrittelemät tavoitteet ja toimintalinjat. (Rostila 2001: 10–11,



40.) Vahvistamalla ikäihmisten voimavaroja ja vastuunottoa oman terveyden ja hyvinvoinnin parantamisessa, parannetaan kotona asumisen edellytyksiä, sosiaalisen osallisuuden lisääntymistä sekä vähennetään tai myöhäistetään pitkäaikaishoidon tarvetta (Neuvonta- ja palveluverkosto 2009: 13, Rostila 2001:41 ). Voimavaralähtöisessä kotihoitotyössä on mukana vahva eettinen arvopohja ja ajatus asiakkaasta aktiivisena osallistujana (Näslindh-Ylispangar 2005: 149).

Osallisuudella tarkoitetaan mahdollisuutta vaikuttaa yhteisön toimintaan täysivaltaisena jäsenenä sekä osallistua omien palveluiden suunnitteluun, käsittelyyn ja laadun arviointiin riippumatta toimintakyvyn heikentymisestä. Osallisuutta voidaan tukea monin keinoin. Fyysistä esteettömyyttä voidaan tukea mm. apuvälinein, sosiaalista esteettömyyttä positiivisella asenteella ikäihmisiä kohtaan. Osallisuutta voidaan tukea palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantamisella sekä muuttamalla neuvonnan ja ohjauksen kielen ymmärrettävyyttä. (Laatusuositus 2013: 17,19.)

Sopeutuminen vanhenemiseen on hyvin yksilöllistä. Moni iäkäs henkilö kokee oman terveydentilansa hyvänä riippumatta sairauksistaan. Psykkisellä tasolla osa terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä nähdään vanhuuteen kuuluvana ja siten hyväksyttävänä asiana. (Heikkinen 2002: 25.) Kokemuksellisuuden ja yksilöllisten voimavarojen kautta samassa tilanteessa elävät selviytyvät toimintakyvyn heikkenemisen aiheuttamista haasteista eri tavoin ja käyttävät erilaisia palveluita. Sen vuoksi toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnissa tulee huomioida asiakkaan kokemukset, odotukset ja elämänkulun kautta vahvistuneet selviytymisstrategiat. (Helin 2002: 36, Mikkola 2005: 122.)

Mielen voimavaroja voi kasvattaa koko elämän ajan. Ne kertyvät tiedon, ymmärryksen ja elämäkokemuksen kautta sekä vuorovaikutustilanteissa. Elämänkulun kautta syntyvät arjen voimavarat, kuten turvallisuus, luotettavuus ja kiintymys. Mielen voimavarat voi olla hyvinkin vahvoja ja eteenpäin vieviä kuten tahdonvoima, huumorintaju ja ihmissuhteet. Oman itsensä tunteminen ja omien voimavarojen hyödyntäminen auttaa selviytymisessä. (Heikkinen 2002: 26–27.)

Omaiset ja läheiset on hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien ikäihmisten voimavara, siksi myös omaisten ja omaishoitajien voimavaroista ja tarpeista tulee huolehtia (Laatusuositus 2013: 42). Ikääntyneen elämänvaiheessa koti on usein sidottu yhteiskunnallisilla linjauksilla yksityiskotiin, mikä nähdään onnistuneen vanhenemisen edellytyksenä. Ikä

ja toimintavajavuudet tekevät ihmisen hauraaksi, jolloin omaisille ja läheisille asetettu hoitovastuu lisääntyy kotona selviytymisen tukijana julkisen hoivan rinnalla. Kuitenkin monet ikääntyneet haluavat säilyttää oman autonomian ja eivätkä halua hoitovastuuta läheisilleen. (Vilkko 2010: 219, 230–231.)

Asiakasyhteistyössä toimitaan yhdessä asiakkaan lähiverkoston ja viranomaisverkoston kanssa. Yhteisellä neuvonpidolla voidaan hyödyntää koko verkosto ja hyödyntää jokaisen näkemys asiakkaan tukemiseksi. Lähiverkoston huomioiminen on tärkeää, koska läheiset on asiakkaalle voimavaran lähde, joka jää tukijaksi myös silloin, kun viranomaisverkostoa ei enää tarvita. (Mönkkönen 2007: 130–131.)

Laatusuosituksen (2013) mukaan ikääntyneen hyvinvointia ja elämänlaatua tukee parhaiten oma koti ja suurin osa haluaa asua omassa kodissaan. Vuonna 2011 yli 75 vuotiaista lähes 90 prosenttia asui omassa kodissa. Laatusuositus korostaa ikääntyneen omaa vastuuta ja ennakointia asuinympäristön suhteen toimintakyvyn heiketessä. (Laatusuositus 2013: 21.) Hyvinvoinnin kokemukseen kuuluu yksityisyys, omien tapojen noudattaminen, kuulumisen kokemus ja sosiaalinen vuorovaikutus. Samat ajatuksen voidaan liittää kotiin ja kodin merkitykseen elämässä. (Vilkko 2010: 213.) Toimintakyvyn muuttuessa ikääntynyt muuttaa kompensaaation kautta toimintatapojaan pärjätäkseen parhaalla mahdollisella tavalla omassa ympäristössään (Marin 2003: 26). Oman elinympäristön pysyvyys luo turvallisuutta, mikä on elämänhallinnan ja hyvinvoinnin kannalta merkityksellistä (Mikkola 2005: 130).

Ikääntyessä kodista tulee elämän keskiö ja arjen rutiineista voimavara. Arjen rutiinit ovat osa identiteettiä, jotka yhdistyessään muuttavat asunnon ja minuuden merkitykselliseksi paikaksi. (Marin 2003: 40.) Omassa tutussa ympäristössään voi toimia omilla ehdoillaan ja osallistua omien voimien mukaan mikä ylläpitää vireyttä ja lisää omanarvontuntoa (Näslindh-Ylispangar 2005: 148). Koti kuvastaa asiakkaan elämänskulkua ja on oman persoonan jatke, joka ympäristönä vahvistaa identiteettiä ja menneisyyden myönteistä sidosta. Esineillä on tunnearvoa ja ne lisäävät kuuluvuutta jonnekin. Esineiden tärkein arvo on muistot minne ne johdattaa. (Mikkola 2005: 132; Näslindh-Ylispangar 2005: 151.)

Ihminen pyrkii ikääntyessään säilyttämään tasapainon suhteessa keskeisiin elämisen toimintoihin kuten fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, sosiaalisiin suhteisiin ja esteettömään ympäristöön. Se on tasapainoilua sekä omien motivaatioiden, kompen-

soinnin ja valikoinnin kanssa että omatoimisesti ja palvelujärjestelmän keinoin pitää yllä riittävää toimintakykyä ja elämänlaatua. (Heikkinen 2002: 25.)

### 3.4 Moniammatillinen yhteistyö

Mönkkönen (2007) määrittelee moniammatillisen asiakastyön ”työtavaksi, jossa asiakastyötä tehdään monien eri alojen toimijoiden kanssa hyödyntäen kunkin toimijan erityisosaamista yhteisen asian kehittämisessä” (Mönkkönen 2007: 196). Moniammatillinen asiakastyö nähdään dialogisessa ajattelussa keskeisenä voimavarana. Dialoginen toimintatapa rakentaa eri ammattilaisten ajatukset yhdeksi kokonaisuudeksi. Moniammatillisen dialogin kautta voidaan rakentaa uusi ymmärrys, jota yksittäinen ammattilainen ei voi saavuttaa. (Mönkkönen 2007: 126, 128.)

Monimuotoisia verkostoja yhdistää asia, tavoite tai kohde. Moniammatillinen verkosto voi muodostua eri ammattiryhmien henkilöistä eri organisaatioissa tai voi olla esim. julkisen, yksityisen tai järjestöjen muodostama verkosto. Kunnan tarjoama vanhusten palvelu on monialaisen verkoston muodostamaa toimintaa. Toimintaa on sekä paikallistasolla että valtakunnan tasolla. (Niiranen 2011: 130.) Moniammatillinen yhteistyö edellyttää toimijoiden sitoutumista yhteiseen päämäärään, tavoitteisiin ja toimintamalliin, mikä korostaa ammattihenkilöiden verkostoitumis- ja vuorovaikutustaitojen merkitystä. Moniammatillisen yhteistyön piirteitä on organisaatiorakenteen tunteminen, miten oma työ liittyy muiden toimijoiden kokonaisuuteen ja miten se vaikuttaa koko vanhuspolitiikan toteutumiseen. (Tepponen 2007: 67.) Terveiden ja hyvinvoinnin merkitys on tärkeää ihmisille ja tieto palveluiden saatavuudesta on osaltaan luomassa turvallisuuden tunnetta ja kokemusta yhteiskunnan arvostuksesta. Palvelujärjestelmässä tulee huomioida kaikki toimijat, julkisten palveluiden lisäksi myös yksityinen ja kolmas sektori. Palvelujärjestelmän tulee kannustaa, neuvoa ja ohjata asiakkaita oman toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämisestä. (Helin 2002: 35, 42.)

Osana kuntien strategista suunnittelua tulee huomioida ikääntyneiden palveluiden riittävyys ja laatu yhteistyössä kunnan eri toimialojen sekä kunnan organisaation ulkopuolella toimivien tahojen, kuten yritysten, järjestöjen ja seurakuntien kanssa. Suunnittelussa tulee huomioida kunnan eri toimialojen vastuu ja tapa millä yhteistyö muiden tahojen kanssa hoidetaan. Kunnan velvollisuus ottaa vanhusneuvostot mukaan ikääntyneen väestöön koskevan päätöksen teon valmisteluun ja kehittämiseen lisää yhteis-

työmahdollisuuksia eri toimijoiden välillä sekä lisää ikääntyneiden vaikutusmahdollisuuksia omissa asioissaan. (Vanhuspalvelulaki 2012: 21, 35, 39.)

Palvelutarpeen arvioinnissa otetaan huomioon hoitotyön näkökulman lisäksi ennaltaehkäisevä ja kuntoutuksen näkökulma. Ehkäisevä toiminta edellyttää yhteistyötä kunnan eri toimijoiden ja yksityisen sektorin välillä. (Päivärinta – Haverinen 2002: 36–37.) Vanheneminen tulee ymmärtää myös sosiaalisesti prosessiksi, huomioiden sosiaaligerontologinen näkemys, ikääntyminen yhteiskunnallisena, sosiaalisena, kulttuurisena ja kokemuksellisenä ilmiönä. Vanhussosiaalityö voi sijoittua kunnan organisaatiossa omaksi yksiköksi, osaksi koti- ja asumispalveluita, yhdistettynä esim. vanhus- ja vammaistyyöhön tai olla osana aikuissosiaalityötä, mikä edellyttää organisaatorajojen ylittävää yhteistyötä. (Kananoja ym. 2011: 228–231.) Sosiaali- ja terveydenhuollolla on yhteisiä asiakkaita, joilla on moninaiset tarpeet ja ongelmat. Siksi yhteistyön tulee olla sujuvaa ja ammattilaisten tulee hyödyntää eri ammattiryhmien asiantuntijuutta. (Tepponen 2007: 64.)

Asiakkaan palveluntarpeenarviointi ja suunnitelman laatiminen on yhteistyön tulos, jossa on sosiaali- ja terveystoimen edustajan lisäksi mukana asiakas ja hänen läheisensä (Helin 2002: 55). Arviointiin liittyy tarpeiden määrittelyn lisäksi toimintakäytänteiden selvittely ja työnjaon sopiminen. Huolellinen toimintakyvyn arviointi edellyttää yhteistyötä. Asiakkaan kanssa yhteistyötä tekevien ammattilaisten tulee olla tietoisia yhteistyökumppaneista sekä tehdyn suunnitelman sisällöstä, sen tavoitteista ja tavoitteeseen ohjaavista toiminnoista. Vaitiolo- ja velvollisuudesta johtuvat tiedonsaantiongelmat voi olla organisaatorajojen ylittävän yhteistyön esteenä. (Helin 2002: 60–62.)

Palveluohjaus tiivistää toimintaa moniammatillisessa työryhmässä, vähentää päällekkäistä työtä, lisää ymmärrystä toisten tekemästä työstä sekä asiakkaan kokonaisvaltaisesta tilanteesta pirstaleisessa järjestelmässä. (Mönkkönen 2007: 138). Ala-Nikkolan ja Valokiven (1997) mukaan palveluohjaukseen tarvitaan henkilö, joka koordinoi toimintaa sekä toimii yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Palveluohjaajalla tulisi olla työpari tai -ryhmä, jonka kanssa voisi pohtia ratkaisuja pulmallisiin tilanteisiin. Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa korostuu moniammatillisen työyhteisön tuki, mutta vastuunjaon selkeyttämiseksi on hyvä nimetä yksi vastuuhenkilö asiakkaalle. Vastuuhenkilö tuntee asiakkaan taustan, mikä helpottaa asioiden hoitoa ja kohtaamistilannetta sekä lisää turvallisuudentunnetta asiakassuhteessa. Asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa kartoi-

tetaan tilanne uudelleen ja tehdään muutokset joustavasti ja tarpeenmukaisesti. (Ala-Nikkola – Valokivi 1997: 25–27, 44, 73–78.)

Vanhuspalvelulaissa (2012) on nostettu esiin vastuutyöntekijän rooli etenkin niissä tilanteissa, joissa henkilön arvioidaan tarvitsevan apua palveluiden toteuttamisessa ja yhteensovittamisessa. Vastuutyöntekijän tulisi seurata palveluiden laatua sekä tarpeenmukaisuutta ja oikea-aikaisuutta. Vastuutyöntekijä seuraa palvelutarpeenmuutoksia ja toimii niiden edellyttämällä tavalla. Vastuutyöntekijän nimeäminen lisää turvallisuuden tunnetta ja luottamusta hoidon toteutumiseen. (Vanhuspalvelulaki 2012: 47.)

## 4 Kotihoidon asiakkaana

Kotihoito on eri toimijoiden ja organisaatioiden toteuttamaa monipuolista toimintaa, jonka laadukas toteuttaminen edellyttää hyvää palveluiden koordinoitua ja yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Kotihoitoa koskevassa päätöksenteossa tulee huomioida sekä asiakkaan tarpeet että palvelujärjestelmän reunaehdot. (Tepponen 2007: 61.)

Kotihoidon laatua voidaan määritellä monella tasolla; asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutuksen tasolla, työyksikön ja organisaation tasolla, yhteisön sekä yhteiskunnan tasolla. Kotihoito on pääosin julkisen sektorin toimintaa, jota ohjataan muun muassa lailla, asetuksilla ja suosituksilla. (Voutilainen 2007: 13–14.) Laatusuositus (2013) määrittelee palveluiden laadun tarkoittavan ”kykyä vastata asiakkaiden palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti”. Laadukas palvelu on vaikuttavaa ja turvallista, asiakaslähtöistä ja tarpeisiin vastaavaa sekä koordinoitua toimintaa. (Laatusuositus 2013: 10.)

Kotihoidon asiakkaat on hyvin heterogeeninen ryhmä, mikä tekee palveluntarpeen arvioinnista haastavaa. Erilaisuuden tunnistaminen auttaa tarpeenmukaisten ja oikea-aikaisten palveluiden suunnittelussa. Kotihoidon asiakasrakennetta kuvataan hoidon intensiteetin, hoidon tarpeen ja hoitoon ohjautumisen syiden mukaan. On arvioitu, että reilu neljännes kotihoidon asiakkaista saa apua yli 40 käyntiä kuukaudessa, mikä merkitsee suurta avun tarvetta. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista lähes puolet tarvitsee apua toistuvasti. Hoitoon ohjautumisen syyt liittyy pääsääntöisesti fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen. (Luoma – Kattainen 2007: 18–21.)

### 4.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoito - ja palvelusuunnitelma on sopimus asiakkaan ja palveluntuottajan välillä, josta ilmenee palveluiden sisältö, määrä ja aikataulu. Kielteinen päätöksen perusteet tulee selvittää ja asiakkaalla on oikeus valittaa päätöksestä. Asiakkaalla on oikeus saada tietoa palvelumaksuista. Kotihoidon maksuista annetaan asiakkaalle maksupäätös. Asiaskasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevassa laissa ja asetuksessa, jonka rajoissa kunnat päättävät asiakasmaksujen määräytymisen. (Päivärinta – Haverinen 2002: 13–14.)

Toimintakyvyn arviointi on keskeinen asia palvelutarpeenarvioinnissa. Toimintakyvyllä tarkoitetaan asiakkaan kykyä selviytyä tyydyttävällä tasolla päivittäisistä toiminnoista siinä ympäristössä missä elää. Toimintakykyä arvioitaessa tulee huomioida asiakkaan voimavarat ja kyky kompensoida puutteita. Ikäihmisen yksilöllinen tilanne vaikuttaa siihen, mitkä asiat saavat keskeisen huomion arviointitilanteessa. Huomiota tulee kiinnittää niin olemassa oleviin kuin ennakoitaviin riskitekijöihin. Palveluiden tarve on dynaamista, jolloin palveluiden tulee mukautua sen hetkisiin tarpeisiin. (Ikäihmisten palvelutarpeenarviointi 2006: 2, 4-5.)

Vanhuspalvelulain (2012) 16 § määrittää kunnan velvollisuus palvelusuunnitelman tekemisestä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7 § perusteella. Suunnitelmassa tulee määrittellä arvioinnin perusteella asiakkaan tarpeita vastaavat palvelut sekä neuvotella vaihtoehtoista kokonaisuuden muodostamiseksi. Ikääntyneen omat näkemykset tulee myös kirjata suunnitelmaan. Palvelusuunnitelma tulee tarkistaa aina kun asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia suhteessa palvelutarpeeseen. (Vanhuspalvelulaki 2012: 4, 62.)

Asiakkaan näkökulmasta hoito- ja palvelusuunnitelma on mahdollisuus olla osallisena itseään koskevan hoidon ja palvelun suunnittelussa, sen toteuttamisessa ja arvioinnissa. Suunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan, läheisten ja ammattihenkilön välillä kartoittaen eri osapuolten mahdollisuudet osallistua hoitoon. (Päivärinta – Haverinen 2002: 15.) Hoito- ja palvelusuunnitelmassa otetaan huomioon asiakkaan tarpeet ja toiveet, omat voimavarat, omaisten voimavarat, järjestelmän reunaehdot sekä muut palveluntuottajat kohdentaen ne oikein ja tärkeysjärjestykseen. Jos kunta ei itse tuota jotain palvelua, tiedotetaan asiakkaalle muista palvelumuodoista. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee kirjata arviointikeskustelussa tulleet, asiakkaan itsensä esittämät tarpeet. (Heinola 2007b: 26–27; Päivärinta – Haverinen 2002: 15; Tepponen 2007: 69–70.)

Suunnitelman toteutukseen vaikuttavat työyhteisön arvot ja käytössä olevat voimavarat sekä resurssit. Oikein ajoitettuna suunnitelma lisää asiakkaan turvallisuuden tunnetta ja tunnetta siitä, että hänestä huolehditaan ja välitetään. Suunnitelman toteutumisen seurantaan, arviointiin ja päivittämiseen tulisi myös kaikkien osapuolten olla osallisena, millä mahdollistetaan asiakkaan oman näkökulman esiin tuominen palveluista sekä palautteen vastavuoroinen käsittely. (Päivärinta – Haverinen 2002: 13–16.)

Työyhteisössä tulisi ymmärtää hoito- ja palvelusuunnitelman merkitys ammattihenkilön työvälineenä. Ajan tasalla oleva suunnitelma tukee sosiaali- ja terveystoimen asiakaslähtöistä toimintatapaa ja asiakastason kustannusten hallintaa. Suunnitelmaan on kirjattu tavoitteet toiminnalle ja tavoitteet ohjaavat kaikkia ammattihenkilöitä samaan suuntaan. Hoito- ja palvelusuunnitelman toiminnan toteutumisen seuranta arviointi on työyhteisön ja oman työn arviointia ja kehittämistä. Hyvällä hoito- palvelusuunnitelmalla on merkitystä hoidon jatkuvuuteen ja asiakasturvallisuuteen. Suunnitelma auttaa työhön perehdyttämisessä. Hyvällä suunnitelmalla toteutetaan tasa-arvoa ja oikeusturvaa. (Päivärinta – Haverinen 2002: 17–18.)

Palvelutarpeen arvioinnin laadukasta tekemistä ohjaa perustehtävälähtöinen johtaminen ja työyhteisön toimintakulttuuri. Esimiehen ja johtamisen kannalta tulisi panostaa työpaikan arvomaailman tunnistamiseen, koulutukseen ja yhteisiin pelisääntöihin palvelutarpeenarviointia ja suunnitelmaa tehdessä. Työyhteisöllä tulee olla riittävät tiedot lainsäädännöstä, jotka liittyvät palvelutarpeenarvioinnin tekemiseen ja hoito- ja palvelusuunnitelman toteutukseen. Työyhteisöllä on vastuunsa tuntea oma paikallinen vanhustenhuollon strategian sisältö, mikä ohjaa vanhustenhuollon päälinjauksia. (Päivärinta – Haverinen 2002: 23–24.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisellä on merkitystä tavoitteellisen vanhustyön tukena. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta saatu palaute tuottaa tietoa kunnan päättäjille ja palveluiden tuottajille palveluiden järjestämisestä sekä tietoa esim. strategioiden ja talousarvioiden suunniteluun. Hoito- ja palvelusuunnitelmista kerätään myös tietoa valtakunnallisen suunnittelun ja kehittämisen tueksi. (Päivärinta – Haverinen 2002: 26–28.)

#### 4.2 Kotihoito Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueella

Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alue on toiminut vuodesta 2009. Sosiaali- ja terveyspalvelut tuotetaan lähi- ja keskitettyinä palveluina Raision kaupungin ja Ruskon kunnan muodostamalla yhteistoiminta-alueella. Raisio on isäntäkunta ja yhteisenä toimielimenä toimii Raision sosiaali- ja terveyspalvelujen lautakunta. (Päätöksenteko ja hallinto n.d.) Yhteistoiminta-alueen tarkoituksena on tukea ikäihmisiä ja heidän omaisiaan sekä ennaltaehkäisevillä palveluilla että hoito- ja hoivapalveluilla. Toiminnan ensisijaisena tavoitteena on tukea asiakkaiden kotona pärjäämistä mahdollisimman pitkään sekä pyrkimys omatoimisuuden lisäämiseen ja säilyttämiseen. (Ikäihmisten palvelut n.d.)

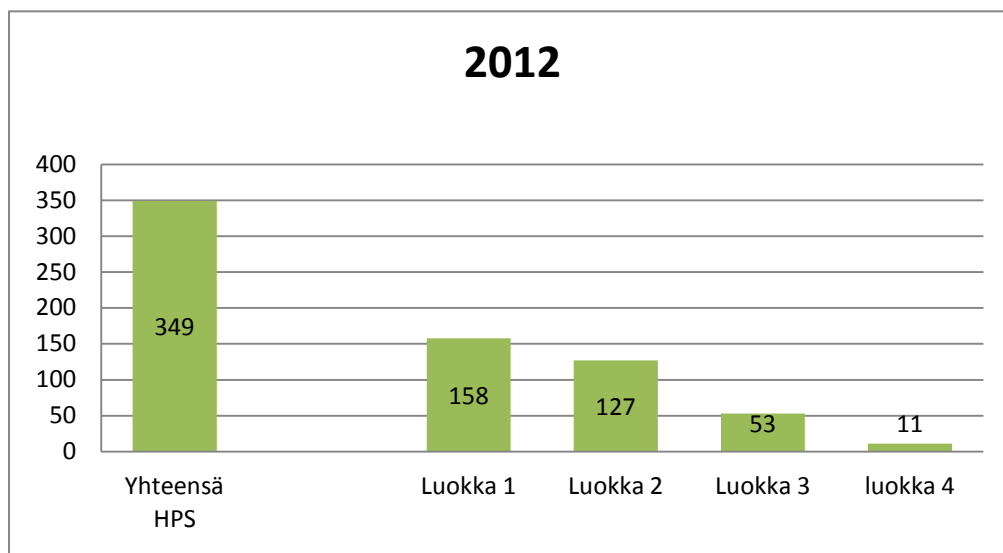


Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen kotihoito tarjoaa sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun tuottamia palveluita. Kotihoidon tarkoituksena on mahdollistaa pitkäaikais-sairaiden ja ikääntyvien asuminen omassa kodissaan. Kotihoitoon kuuluu säännöllisen kotihoidon palveluiden lisäksi tilapäistä kotihoitoa sekä tukipalveluita. (Kotihoito n.d.)

Raision kaupungin ikäihmisten hoito- ja hoivapalveluiden kehittämisen tavoitteena on toimintakyvyn heikkenemistä ehkäisevillä toimenpiteillä, kuten varhaisella havaitsemisella sekä toimintakyvyn edistämällä ja ylläpitämällä kaikilla palvelurakenteen portailla vaikuttaa asiakkaan siirtymiseen mahdollisimman myöhäisessä elämänvaiheessa ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan piiriin (Hoito- ja hoivapalveluohjelma 2011).

Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella kotihoidon asiakkaiden määrä vuonna 2012 oli 955 henkilöä, joista hoito- ja palvelusuunnitelman (HPS) piiriin kuului 349 henkilöä. Kotihoidon peittävyys säännöllisen kotihoidon piirissä yli 75-vuotiaiden asiakkaiden määrästä oli 10,8 %. (Tanninen 2013.) Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen (2008) mukaan valtakunnallisena tavoitteena vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 13–14 % saa säännöllistä kotihoitoa (Laatusuositus 2008: 30). Valtakunnallisesti säännöllisen kotihoidon piirissä 75 vuotta täyttäneitä oli 11,9 %. Säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvalla asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla laskenta-kuukauden aikana on voimassa oleva palvelusuunnitelma tai saanut säännöllisesti apua vähintään kerran viikossa. (Väyrynen – Kuronen 2012: 1,5.)

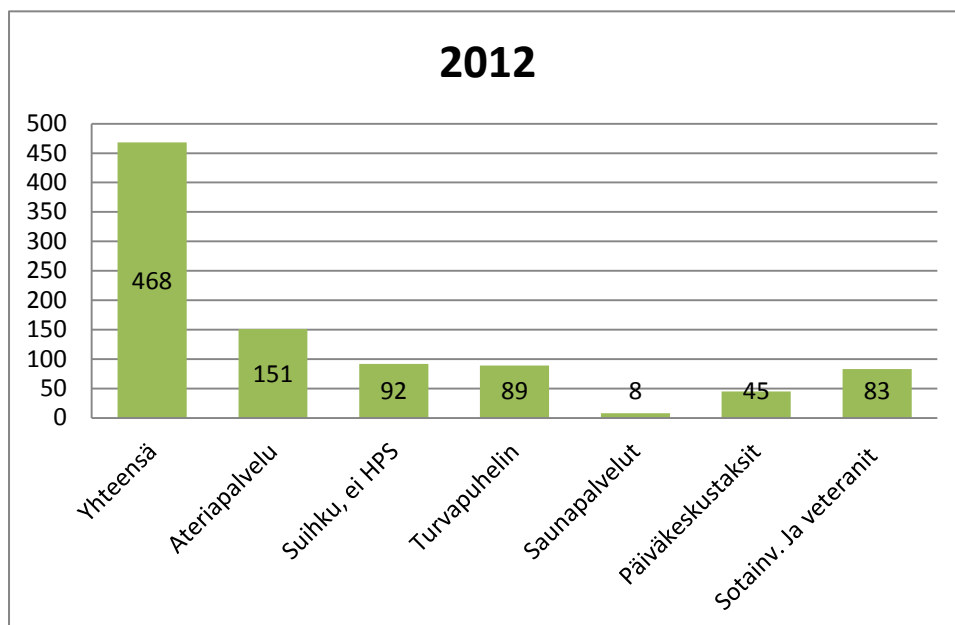
Vuonna 2012 Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen kotihoidon piirissä 349 henkilöä kuului säännöllisen kotihoidon piiriin, hoitoluokissa 1-4. (Kuvio 1). Hoitoisuusluokka määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Säännöllisen kotihoidon maksut määrittyvät hoitoisuusluokkaan liittyvän maksuprosentin ja perheen koon mukaan (Säännöllinen kotihoito n.d.)



Kuvio 1. Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueen säännöllisen kotihoidon asiakasmäärät kotihoitoluokkien mukaan (Tanninen 2013).

Eniten asiakkaita kuului hoitoisuusluokkaan 1, 45 prosenttia ja hoitoisuusluokkaan 4 kuuluvia asiakkaita oli 3 prosenttia. Lisäksi satunaisia kotihoidon käyntejä oli 609 asiakkaalla (Tanninen 2013). Satunnaisilla kotihoidon käynneillä tarkoitetaan tilapäisen kotihoidon asiakkaita, esimerkiksi tikkien poistot ja näytteiden otot sekä asiakkaita joilla esimerkiksi lääkkeidenjako harvemmin kuin kerran viikossa (Tilapäinen kotihoito n.d.).

Vuonna 2012 tukipalveluiden piirissä oli 468 henkilöä. Tukipalveluiksi lasketaan asiakkaat, joilla on ateriapalvelu, suihkutus, turvapuhelin, saunapalvelut sekä kuljetus päivätoimintaan. Sotainvalidien ja veteraanien palveluihin sisältyy siivouspalvelut ja sotainvalidien taksipalvelu. (Kuvio 2). Ateriapalvelunkäyttäjät on suurin tukipalveluiden yksittäinen käyttäjäryhmä, 32 prosenttia käyttäjistä.



Kuvio 2. Tukipalveluiden käyttäjämäärät Raisio-Rusko toiminta-alueella vuonna 2012 (Tanninen 2013).

#### 4.3 Arviointiprosessi Raisio kotihoidossa

Keskeinen osa kotihoidon palveluita on palvelutarpeen arviointi, jonka tarkoituksena on selvittää asiakkaan kokonaisvaltainen toimintakyky ja suunnitella asiakkaan tarpeista lähtevä palvelukokonaisuus. Kotihoidon asiakkaaksi pääsee arviointiprosessin kautta, joka alkaa asiakkaan omaisen tai muiden yhteistyökumppaneiden yhteydenotolla. (Kotihoido n.d.)

Arviointiprosessi alkaa tilanteen kartoittamisella (kuvio 3). Asiakkaan toimintakyky kartoitetaan kokonaisvaltaisesti huomioiden fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä ympäristö. Vuorovaikutuksen kautta kartoitetaan asiakkaan voimavarat ja tarpeet sekä lähiverkoston antama tuki ja hoiva. Arvioinnin perusteella räätälöidään asiakkaan tarpeita vastaavat palvelut. Palveluja suunniteltaessa tulisi huomioida muut yhteistyökumppanit sekä kolmannen sektorin palvelut. Arviointikäyntiprosessi on palveluohjauksellinen tilanne, jossa asiakkaalle annetaan tietoa palveluista ja niiden käyttämisestä. (Ohjeistus kartoituskäynnille 2012.)



Kuvio 3. Kotihoidon arviointikäyntiprosessi (Ohjeistus kartoituskäynnille 2012).

Palveluiden aloittamisen jälkeen arvioidaan asiakkaan ohjauksentarve esimerkiksi etuusasioissa, ravitsemukseen tai asuinympäristöön liittyvissä asioissa. Moniammatillista työyhteisöä, sosiaalihoitajan, kotihoidon fysioterapeutin ja toimintaterapeutin, kotikuntoutusavustajien sekä psykiatrisen sairaanhoitajan, ammatillista erityisosaamista hyödynnetään asiakastyössä. Erilaisia mittareita käytetään arvioinnin tukena mm. Rava, MNA ja Bartel. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa seurataan säännöllisesti ja tilanteen muuttuessa. (Ohjeistus kartoituskäynnille 2012.)

Asiakkuuden päättyessä arvioidaan hoidon ja palveluiden vaikutuksia sekä niillä saavutettuja tuloksia. Asiakkaan siirtyessä uuden palveluntuottajan hoidon piiriin, varmistetaan saumattoman palveluketjun jatkuminen, sekä asiakkaan että palveluntuottajan, riittävällä perehdyttämisellä. (Ikonen 2013: 160.)

## 5 Opinnäytetyön toteutus

### 5.1 Opinnäytetyön tavoite ja kysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Raision kotihoidon asiakkaiden kokemuksia arviointikäynnistä. Haastatteluissa saatua tietoa arviointikäynnistä tarkasteltiin palveluohjauksen näkökulmasta. Palveluohjauksen keskeisiä ajatuksia on asiakaslähtöisyys, ohjaus ja neuvonta, kokonaisvaltainen arviointi, tarpeenmukaiset ja oikea-aikaiset palvelut sekä osallisuuden ja vuorovaikutuksen merkitys.

Tutkimuskysymykset muodostuivat seuraavanlaisiksi

Pääkysymys

- Millaisena asiakas kokee käytössä olevan arviointikäynnin palveluohjauksen näkökulmasta.

Alakysymykset

- Miten asiakas kokee tulleen huomioiduksi arviointitilanteessa
- Miten arviointitilanne tukee asiakkaan tiedonsaantia ja osallisuutta päätöksenteossa?
- Miten dialogisuus toteutuu arviointitilanteessa?

### 5.2 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineiston hankinta toteutettiin yksilöllisenä teemahaastatteluna. Teemahaastattelun keinoin on mahdollista kerätä kotihoidon asiakkaiden kokemuksellista tietoa arviointitilanteesta, jonka haastatellut henkilöt ovat itse kokeneet. Teemahaastattelun runko on tehty perehtymällä teoreettiseen viitekehykseen ja valittu sen perusteella keskeiset teemat, jonka mukaan haastattelu etenee (Hirsjärvi – Hurme 2001: 47). Haastattelurungon keskeiset teemat olivat seuraavat:

1. Taustatiedot
2. Arviointitilanteeseen ohjautuminen ja odotukset
3. Arviointikäynnin toteutuminen palveluohjauksen näkökulmasta
4. Arviointitilanteen toteutuminen kohtaamisen näkökulmasta
5. Toiminta arviointikäynnin jälkeen sekä ajatuksia ja odotuksia tulevaisuudesta

Haastattelu tiedonhankintamenetelmänä korostaa ihmistä subjektina ja osallistuvana toimijana, mikä on tutkimuksen lähtökohtaisena ajatuksena (Hirsjärvi – Remes – Saja-vaara 2009: 205). Haastattelu on sosiaalinen, vuorovaikutuksellinen tilanne, johon molemmat tuo aikaisempia kokemuksia, joihin tulkinta suhteutetaan (Hirsjärvi – Hurme 2001: 41). Tämä tuo myös haasteen tulosten analysointiin ja raportointiin.

Ikääntyminen on asia, joka tulee ottaa huomioon haastattelutilanteessa. Kysymysten asetteluun ja haastattelurungon tekemiseen tulee kiinnittää huomiota. Keskeisinä asioina ennen haastattelua tulee miettiä mm. valintakriteerejä, haastatteluympäristöä ja haastatteluun varattavaa aikaa. Valintakriteereihin vaikuttaa aistitoiminnot, kyky kommunikoida ja kognition taso, mutta niitä ei saisi yksinomaan nähdä kohderyhmää rajavina tekijöinä. Haastatteluympäristön valintaan vaikuttaa haastateltavien toimintakyky, jonka vuoksi koti on usein sopiva paikka ja samalla asiakas on siinä omalla turvallisella ja rauhallisella alueellaan. Aikaa tulee varata riittävästi, jotta voidaan edetä haastateltavan temmon mukaan sekä varautua yllättäviin tilanteisiin ja keskustelun polveiluihin. Haastateltavien elämismaailman tunteminen on tärkeää, jotta voi ymmärtää haastateltavien kokemuksia eletyn elämän kautta. Haastattelijan näkökulmasta haastatteluun vaikuttaa vuorovaikutustaidot ja luottamuksellisen suhteen luominen. (Elo – Isola 2008: 215–219.)

### 5.3 Aineiston kuvaus ja hankinta

Opinnäytetyötä varten haastateltiin kuutta kotihoidon asiakasta neljältä eri alueelta. Yhdeltä alueelta ei löytynyt kriteerejä täyttäviä asiakkaita ja yksi alue poistettiin siksi, että haastattelijatyöskentelee alueella. Haastateltavista viisi oli naisia ja yksi mies. Asukkaat olivat iältään 67–90 -vuotiaita. Keski-ikä haastateltavilla oli 78 vuotta. Haastateltavissa oli yksi pariskunta ja viisi yksinasuvaa henkilöä, jotka olivat joko leskiä tai naimattomia. Kaikilla oli sosiaalista verkostoa, johon kuului lapsia, lapsenlapsia tai muita läheisiä ihmissuhteita. Ammatilliselta taustaltaan haastateltavat kuuluivat työväestöön tai ammatillisen koulutuksen saaneisiin.

Kaikki haastattelut tehtiin asiakkaiden kotona. Haastateltavilla oli mahdollisuus esittää toive haastattelun tekemisestä muussakin ympäristössä. Haastattelut nauhoitettiin, koska kirjoittaminen haastattelun aikana olisi häirinnyt keskustelua ja vaikuttanut vuo-

rovaikutuksellisuuteen. Ennen haastattelun alkua kerrottiin nauhoittamisesta, sen perusteluista sekä nauhoitteiden asianmukaisesta hävittämisestä tutkimuksen jälkeen

Haastatteluaineistoa kertyi kuusi tuntia ja 54 minuuttia. Keskimääräinen haastattelun kesto oli tunti 10 minuuttia. Haastattelut litteroitiin ja litteroitua tekstiä tuli n. 70 sivua. Asiakkaiden kertomat asiat litteroitiin sanatarkasti, lukuun ottamatta muutamia keskustelun kohtia, jotka eivät sisällöltään liittyneen aiheeseen. Haastattelijan osalta litteroitiin vain lisä- ja täydennyskysymykset, jotka tulivat teemahaastattelurungon ulkopuolelta.

Haastattelut tehtiin kahden viikon – kahden kuukauden kuluttua arviointikäynnin tekemisestä, mikä osaltaan vaikutti haastateltavien muistikuviiin tilanteesta. Lisäksi arviointitilanteen muistamista vaikeutti akuutti sairastuminen tai toipilasaika sairaalassa olon jälkeen, jolloin kotihoidonkäynnit olivat alkaneet. Kahdella asiakkaalla oli diagnosoituna muistisairaus, joka vaikutti yksittäisten asioiden muistamiseen.

Asiakkaat olivat ohjautuneen kotihoidon palvelutarpeen arviointiin joko sairaalan tai omaisten yhteydenoton seurauksena. Palvelutarpeenarviointi oli tehty joko osastolla tai asiakkaan kotona. Useimmissa tilanteissa oli asiakkaan ja kotihoidon lisäksi paikalla omaisia ja osaston henkilökuntaa.

Haastattelut sujuivat hyvässä vuorovaikutuksessa ja asiakkaat kertoivat yksityiskohtaisesti omista asioistaan. Haastattelut olivat muodoltaan hyvin vapaita ja keskustelunomaisia, mutta noudattivat kuitenkin haastatelturunkoa.

Tutkimuksen kohdehenkilöt ovat uusia kotihoidon palveluiden piiriin tulleita henkilöitä, joille on tehty arviointikäynti palvelutarpeen kartoittamiseksi. Aineiston hankintaa varten tarvittavat listaukset otettiin kotihoidon kirjaamisjärjestelmästä, efficast, marras-joulukuun 2012 ja tammikuun 2013 aikana tehdyistä kotihoidon arviointikäynneistä. Listaukset otti kotihoidon effican käyttämisestä vastaava henkilö.

Kotihoidosta, viideltä alueelta, saatujen listausten mukaan marras-joulukuun 2012 ja tammikuun 2013 välisellä ajanjaksolla oli tehty 53 arviointikäyntiä. Asiakkaista 30 oli uusia kotihoidon piiriin tulleita asiakkaita ja 11 henkilöllä oli aikaisempia kontakteja kotihoitoon. Arviointikäynnin seurauksena 16 henkilölle oli tehty hoito- ja palvelusuunnitelma. Sen lisäksi asiakkaille oli aloitettu tukipalveluina muun muassa ateriapalveluita tai kotona tapahtuvia suihkutuksia. Tilapäinen kotihoito, esimerkiksi lääkkeenjako kaksi

kertaa kuukaudessa, oli aloitettu 10 asiakkaalla. Arviointikäynnin jälkeen yhdeksän henkilöä ei tarvinnut lainkaan kotihoidon palveluja. Yhdeksästä asiakkaasta ei saatu tarkempia tietoja. Lisäksi kolme asiakasta poistettiin tuttuuden tai kuoleman tapauksen takia.

Asiakkaiden valintakriteereiksi määriteltiin, että asiakkaan tuli olla uusi kotihoidon asiakas, jolla ei ollut aikaisempia kontakteja kotihoitoon. Asiakkaalla tuli olla arviointikäynnin perusteella tehtynä hoito- ja palvelusuunnitelma. Asiakkaan tuli olla kykenevä kommunikoimaan sekä ymmärtämään haastattelussa käytettyjä käsitteitä. Asiakkaalla sai kuitenkin olla muistisairaus, jos sairauden vaihe oli siinä vaiheessa, että haastattelun tekeminen onnistuu. Yhtenä valintakriteerinä oli tuttuus haastattelijan kanssa. Kotihoidon alueiden tiimien vastaavat, sairaanhoitajat, arvioivat valintakriteerit kunkin asiakkaan kohdalta. Sairanhoitajat arvioivat asiakkaan kommunikaatiokyvyn ja kognition.

Yhteydenotto haastateltaviin tapahtui kirjeitse. Marras – joulukuussa 2012 tehdyn listauksen perusteella lähetettiin neljälle, kriteerit täyttävälle, henkilölle haastattelupyyntökirje (liite 1). Haastattelupyynnön saaneisiin otettiin yhteyttä viikon kuluessa kirjeen saapumisesta ja heistä yksi kieltäytyi haastattelusta. Kolmen muun henkilön haastattelut tehtiin viikolla viisi.

Marras – joulukuun listauksista löytyi neljä kriteerit täyttävää henkilöä, joten uusi listaus otettiin tammikuulta 2013. Tammikuun listauksesta lähetettiin haastattelupyyntö kahdelle henkilölle, joista toinen yhteydenoton jälkeen kieltäytyi haastattelusta. Toisen henkilön haastattelu tehtiin viikolla seitsemän. Koska haastateltavia oli saatu vasta neljä, lähetettiin haastattelupyynnot vielä kahdelle henkilölle, jotka haastateltiin viikolla yhdeksän. Näille henkilöille ei arviointikäynnin perusteella, valintakriteereitä poiketen, ollut tehty hoito- ja palvelusuunnitelmaa vaan käynnin perusteella oli aloitettu tukipalvelu tai tilapäinen kotihoidon käynti. Tilapäisellä kotihoidolla tarkoitetaan harvemmin kuin kerran viikossa tapahtuvaa palvelua esimerkiksi lääkkeiden jako ja tukipalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi kotona tapahtuvaa suihkutusta tai ateriapalvelua (Tilapäinen kotihoito n.d.)



#### 5.4 Haastattelujen analyysi

Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysissä aineistosta etsitään eroja ja yhtäläisyyksiä. Sisällönanalyysin keinoin pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä, siten tulokset voidaan liittää laajempaan kontekstiin ja tutkimustuloksiin. Sisällönanalyysin luokittelu voi perustua joko aineistoon tai teoriaan. (Kvalimot; Tuomi – Sarajärvi 2009:103.) Opinnäytetyön analyysissä käytetään sisällönanalyysiä aineistoon perustuen. Aineistolähtöinen analyysi tarkoituksena on saada aineistosta teoreettinen kokonaisuus, mikä edellyttää, ettei aikaisemmilla havainnoilla ja tiedoilla ole mitään tekemistä analyysin toteuttamisen ja lopputuloksen kanssa (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95).

Analysoidessaan aineistoa tutkija pyrkii vuorovaikutukseen aineiston kanssa, mihin tulkintavaiheessa auttaa aineiston järjestäminen ja luokittelu (Metsämuuronen 2002). Aineistosta etsitään ja tunnistetaan tutkimustehtävän mukaisia asioita (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95). Aineiston purkaminen lähti liikkeelle aineistoon tutustumisella, lukemalla sitä läpi useaan kertaan sekä koodaamalla litteroitua tekstiä väreillä erottaen samaan aihepiiriin liittyvät asiat. Koodauksen tarkoituksena oli jäsentää käsiteltävää aineistoa. Aineisto ryhmiteltiin erilaisten teemojen mukaan, mikä osoitti muun muassa sen, että teemat muodostuivat haastattelurungon mukaiseksi, teemojen alla oli eri määrä aineistoa ja teemat oli yhteydessä toisiinsa. Tyypittelyssä tiettyjen teemojen joukko, joissa on yhteisiä ominaisuuksia, muodostaa yleisen näkemyksen asiasta (Tuomi – Sarajärvi 2009: 93).

Pelkistämällä tarkoitetaan informaation tiivistämistä tai pilkkomista, jonka tarkoituksena on etsiä aineistosta tutkimuskysymyksiä kuvaavia, säännönmukaisia tai poikkeavia, ilmaisuja. Toimintaa ohjaa tutkimustehtävä. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 149; Tuomi – Sarajärvi 2009: 109). Analyysivaiheessa muutettiin ensin alkuperäisteksti pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Aineiston klusterisoinnin eli ryhmittelyn tarkoituksena on etsiä samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä jotka yhdistetään luokiksi ja nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110). Analyysin seuraavassa vaiheessa ryhmiteltiin pelkistetyt ilmaukset alaluokiksi.

Aineiston abstrahoinnilla tarkoitetaan samansisältöisten luokkien muodostamista pääluokiksi (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111). Taulukossa 1 kuvataan alaluokkien yhdistämistä yläluokiksi, joista syntyy käsitteitä yhdistäviksi tekijöiksi johtopäätösten tekemiseksi.

Taulukko 1. Aineiston analyysi. Esimerkki Alaluokka – Yläluokka – Yhdistävä tekijä.

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Yhdistävä tekijä</b>
Palvelutarpeen arviointiin ohjautuminen Palveluiden aikaisempi käyttö ja tuntemus Omaisten osallisuus	Ohjautuminen arviointiin Asiakkaan tilanne	Palvelutarpeen selvittäminen
Kokonaisvaltainen palvelutarpeen arviointi Tiedon saaminen itsenäisen päätöksen teon tueksi Osallisuus oman hoidon suunnitteluun	Palvelutarpeen arviointi Tiedon saanti Asiakaslähtöisyys	Palveluohjaus ja -tarpeenarviointi
Kohtaamisen kokemus Asiantuntijuus Yksilöllisen tilanteen huomioiminen Kotona asumisen merkitys Kokemus avun vastaanottamisesta	Vuorovaikutuksellisen suhteen luominen Asiakasta voimaannuttavat asiat	Dialogisuus ja voimavaralähtöisyys

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimys onnistuneisiin tulkintoihin. Aineistoa voi tulkita monista näkökulmista ja tulkintaa on tekemässä niin tutkija kuin valmiin tutkimuksen raportin lukijakin, joka tulkitsee tutkijan tulkintoja. Tulkintaa tehdään koko tutkimusprosessin ajan. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 151–152.) Hirsjärven ja Hurmeen (2008) mukaan ”haastatteluaineistossa esiin nousevien seikkojen tarkastelu suhteessa toisiinsa on ehkä analyysin olennaisin osa”. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 174.)

### 5.5 Tutkimustyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekeminen edellyttää hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuslupa haettiin työelämäneustajalta. Raision kaupungin tutkimusluvan myönsi sosiaali- ja terveysviraston johtava hoitaja Ritva Seppälä. Tutkimuslupa haettiin vapaamuotoisella hakemuksella tutkimussuunnitelma liitteenä.

Tutkimusaiheen valinta itsessään on eettinen kysymys; kenen ehdoilla aihe valitaan ja mitkä on aihevalinnan perustelut (Tuomi – Sarajärvi 2009: 129). Tutkimuksen sisällön uskon vaikuttavan palveluohjauksen kehittämiseen ja lisäävän keskustelua ohjauksen merkityksestä sekä sitä kautta tuovan hyödyn myös asiakkaille. Toivon, että haastattel-

tujen määrä, 6-8 henkilöä, antaa riittävästi näkökulmaa ja luotettavuutta johtopäätösten tekemiseen.

Laadullisessa tutkimuksessa tulee huomioida, että tutkimuksen yleistäminen tehdään tulkinnoista ja tulkinta on aina tutkijan, aineiston ja teorian välistä vuoropuhelua. Siten tutkijan luotettavuuden kriteeri on tutkija itse, hänen rehellisyytensä sekä teot valinnat ja ratkaisut. Laadullisen tutkimuksen objektiivisuus lähtee yrityksestä ymmärtää haastateltavan näkemyksiä sekä tulkita ilmaisuja. Aineiston lukemisen, tulkinnan ja ajattelun perustana on teoreettiseen viitekehykseen tutustuminen. (Metsämuuronen 2002; Vilkkä 2005: 157–159.)

Lähtökohtaisesti tutkimuksessa tulee kunnioittaa ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus ja tutkijan suhde haastateltavaan on luottamuksellinen, tasa-arvoinen ja kunnioittava. Tutkimukseen osallistuvalla tulee antaa riittävät tiedot, jotta hän voi antaa suostumuksensa. Eettistä pohdintaa ja tutkimuksen luotettavuuden arviointia on käytävä läpi kaikissa vaiheissa, koko projektin ajan. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2010: 23–25.) Tutkijan tulee olla rehellinen ja huolellinen sekä perehtynyt aiheeseen. Tutkittavan yksityisyyttä ja anonymiteettiä tulee suojella. Luottamuksellisuus on tutkimusetiikan avainasioita.

Omassa työssä joudun pohtimaan eettisyyttä omasta suhteesta ja asemasta aiheeseen, koska työskentelen siinä yksikössä, josta haastateltavat valittiin. Haastatteluaineiston ja nauhoittamisen vuoksi pitää asiakkaan yksityisyyden säilyttäminen huomioida tarkasti. Nauhoitteet ja litteroinnit hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen lopussa.

## 6 Tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada vastauksia asiakkaiden kokemuksista arviointikäynnistä palveluohjauksen näkökulmasta. Palveluohjauksen näkökulmasta katsottuna keskeisiksi asioiksi nousee toimintakyvyn arviointi, palvelutarpeen selvittäminen sekä tiedon välittäminen osallisuuden ja itsenäisen päätöksen tukena. Dialogisuus on keskeinen osa palveluohjaustapahtumaa. Haastateltavien vastauksista löytyy tietoa opinnäytetyössä asetettuihin kysymyksiin huomioiden palveluohjauksellinen näkökulma.

### 6.1 Palvelutarpeen selvittäminen

Kaikilla haastateltavilla oli tapahtunut ennen palveluohjaustilannetta jokin muutos toimintakyvyssä tai terveydentilassa. Arviointikäynti oli järjestetty tilanteen ja mahdollisten palveluiden tarpeen arvioimiseksi. Yksi haastateltavista oli itse sopinut järjestelyistä kotihoidon kanssa, kaksi yhteydenottoa oli tullut sosiaalihoitajan kautta sairaalasta ja kolmen asiaa oli hoidettu omaisten toimesta.

Mä olin kolme viikkoa sairaalassa ja viimeeksi Raisiossa akuuttiosastolla ja sieltä käsin he niinku järjesti tän kotihoidon. Mä en tiedä miten se sieltä meni, miten ne sen järjesti, mutta sieltä kautta ja samoin ottivat sosiaalihoitajaan yhteyttä. Sairaalan kautta. (H2)

Palvelutarpeen selvittämiseksi kotihoidosta tehdään arviointikäynti joko asiakkaan kotiin tai osastolle, mistä asiakas on kotiutumassa. Kotihoidon arviointikäynnille menee yleensä tiimin sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Arviointikäynnit oli toteutettu pääosin haastateltavan kotona. Yhden kohdalla arviointikäynti järjestettiin sairaalassa. Sairaalassa pidetyssä palaverissa oli osallisena useita henkilöitä sairaalasta, kotihoidosta sekä omaisia. Kotona tehdyillä arviointikäynillä oli mukana yleensä joku omainen. Yksi arviointikäynti oli tehty kahden kesken haastateltavan ja kotihoidon työntekijän kanssa.

Oli siellä (sairaalassa). Mulla oli tytär ja vävy, oli siellä. Hoitajat oli siellä ja fysioterapeutti. Siellä juteltiin kaikkee. (H2)

Se (arviointitilanne) oli mun läsnä ollessa täällä kotona silloin, kun mä olin palanut kotiin kahden viikon sairaalajakson jälkeen kottiin. (H4)

Haastateltavat suhtautuivat positiivisesti arviointikäyntiin, koska se oli sen hetkessä elämäntilanteessa heille kotona selviytymisen kannalta merkityksellistä. Yksi haastatel-

tavista oli itse arviointikäyntiä vastaan ja sitä mieltä, että omaiset kokivat sen tarpeellisemmaksi.

Kyl mä vähän sitä olin vastaan ja meidän muksut olikin kiukkusii siit mulle, mitä varten sä olet sitä vastaan, ajattele kuin hyvää se on sulle. (H1)

Haastateltavilla ei ollut juurikaan odotuksia arviointikäynnin suhteen tai selkeää muistikuvaa asiasta. Tilanne oli kaikille uusi ja ainutkertainen kokemus. Odotukset, joita esiteltiin, liittyi lähinnä apuvälineisiin ja siivousapuun.

En mä sen paremmin mitään odottanut. Ei täs mitään sen mä olen saanut ja siihen mä olen tyytyväinen. (H5)

No joo kylhän mä luulin, et jotain vähän siivousapua. Luulis saavan sentään, kun koko ikänsä kato ollu töissä. Koko ikänsä maksanu veroja. (H6)

Haastateltavilla ei ollut aikaisempaa kokemusta Rasion kotihoidon palveluista. Yhdellä haastateltavalla oli kokemuksia asiakkuudesta toisessa kunnassa. Yksi haastateltava oli saanut ateria- ja pyykkipalvelun sekä siivouksen sotaveteraanien kautta ja kaksi oli käyttänyt yksityistä siivoojaa. Kaksi haastateltavista oli kuullut Hulvelan helmestä (matalan kynnyksen palvelupiste), mutta ei ollut käyttänyt sen palveluita.

Mulla on käynyt yksityissiivooja monta, monta vuotta. (H2)

Hulvelan Helmi olen kuullut, mutta en ole käynyt. (H3)

Haastateltavat kertoivat omaisten olleen huolissaan, mutta suhtautuvan tilanteeseen kuitenkin positiivisesti ja luottavaisesti. Kaikilla haastateltavilla oli läheisiä, jotka auttoivat ja hoitivat asioita. Omaisten tuki koettiin merkittäväksi ja omaiset olivat keskeisessä roolissa haastateltavien elämässä.

Omaiset olis niin myönteisesti niinku auttavaisella mielellä, niinku terveellä tavalla huolissaan. (H4)

Kyllähän ne vähän ovat (huolissaan). Niihen on koitettava ottaa yhteyttä joka puolelle. (H5)

Haastateltavat ohjautuivat palvelutarpeen selvittämiseen muuttuneen toimintakyvyn tai terveydentilan perusteella. Pääasiassa pyyntö palveluntarpeen selvittämiseen tuli muualta kuin haastateltavalta itseltään. Omaisilla on suuri rooli asiakkaan elämässä.

Haastateltavilla ei ollut juurikaan aikaisempaa kokemusta palveluista, joten heillä ei ollut odotuksia arviointikäynniltä.

## 6.2 Palveluohjaus ja – tarpeenarviointi

Haastattelujen perusteella arviointikäynnit olivat sisällöltään erilaisia. Yksi haastateltavista koki, että käynnillä keskusteltiin lähinnä apuvälineistä, joita hän tarvitsee kotona selviytymisen tueksi.

Mitään ei niistä palveluista silviisiin puhuttu vaan noista vehkeistä (apuvälineistä). (H2)

Toisen haastateltavan asiat liittyivät hoidollisiin toimenpiteisiin ja niihin liittyviin järjestyihin. Sosiaalista verkostoa kartoitettiin ottamalla läheisten yhteystiedot ylös ja monella läheiset olivat paikalla arviointitilanteessa.

Varmaan niit sit pohdittiin (hoidollisia asioita) ja niit sit pohjustettiin, niiden hoitamista. En mä tämmösii sosiaalisia ja tämmösii asioita, mut varmaan tämmösii perheasioita otettiin huomioon, ne varmas kirjas itselleen tämmöset. Ja hän otti lähimmän omaisen ylös ja tämmöstä. (H3)

Haastateltavat kokivat tiedon saamisen tärkeäksi. Tilanne oli haastatettaville uusi ja he kokivat toiveiden esittämisen vaikeaksi, koska tietoa mahdollisuuksista ei ollut.

En mää muista, et mitään toiveita kysyttiin, enhän mää tietäny mitä mahdollisuuksiakaan edes voi olla. (H 1)

Lähes kaikkien haastateltavien kohdalla nousi esiin yhdellä kerralla sisäistettävän tiedon määrän runsaus. Kahdella haastateltavalla oli sairaalan sosiaalihoitaja kertonut osastolla etukäteen asioista ja huolehtineen yhteydenotosta hoitaviin tahoihin. Yhden haastateltavan mielestä päätösten teko tapahtui nopeasti. Haastateltavien mukaan tietoa on tullut pikkuhiljaa lisää kotihoidon käyntien myötä.

Siinä tuli kyllä niin paljon, sanotaanko liian paljon asiaa yhteen syssyyn, et mul on suoraan sanottuna puolet unohtunut. (H4)

Kyllä niistä varmaan kerrottiin, mutta en mä ole sisäistänyt niitä silloin. On tullut varmasti niin paljon tietoa, että niinku semmost uutta. Kaikki on sit tapahtunut vähitellen, kun on tultu ja täällä on ruvettu käymään. (H3)

Yksi haastateltava nosti esiin ammattilaisten kielenkäytön ohjaustilanteessa.

Ihan selkeällä suoraan suomeksi informaatioo, ei mitään korulauseita eikä hienoja sanankäänteiden käyttämistä. Ihan suoraan suomeksi niin käsitettävällä tavalla, et vanhakin sen ymmärtää. Sitte voitte keskenänne kouke-roida kuin lääketieteellisesti ja hienosti haluttaa.” (H4)

Kaksi haastateltavista koki olleensa toipilasvaiheessa arviointitilanteen aikana, mikä on vaikuttanut asioiden sisäistämiseen. Yhdellä haastateltavista oli ongelmia kuulemisen kanssa, minkä hän koki hankaloittavan keskusteluun osallistumista. Haastateltavilla oli vaikeuksia muistaa yksittäisiä asioita arviointitilanteesta.

Enhän mä kaikkea kuulutkaan, kato kun ne puhui niin paljon hiljaa, niin en mä kaikkea kuullutkaan. Siin mennee ohi. Ja silloin, kun on paljon ihmisiä, niin ei oikein kuulekkaan. Vai mä nyt kyllä kuulen taas, kun me ollaan kahdestaan. (H2)

Yksi haastateltavista toivoi etuusasioista enemmän keskustelua ja tietoa. Yhden haastateltavan kohdalla nousi esiin tiedon luoma turvallisuuden tunne, tieto siitä, että apua on tarvittaessa tarjolla. Positiiviseksi kokemukseksi jäi kuitenkin tieto, että asianomaiseen voi ottaa yhteyttä jos jokin asia jäi vaivaamaan.

Tiedottaminen kotihoidon maksuista oli ollut puutteellista. Kaikilla haastateltavilla oli epäselvyyttä kotihoidon maksujen suuruudesta. Osalla oli palveluiden kustannukset selvinnyt vasta ensimmäisessä maksussa. Yksi haastateltavista ei edelleenkään tiennyt, mitä palvelut maksaa. Yksi haastateltavista ihmetteli, ettei laskutusta ollut selvitetty arviointikäynnillä ja toiselle sillä ei ollut merkitystä, koska hän tarvitsi hoidon joka tapauksessa. Yhden haastateltavan kohdalla sosiaalihoitaja hoiti maksuihin liittyvät asiat.

En tiedä mitä maksaa, tiedätkö sinä? Se tuntuu ihmeelliseltä vähän, mut eihän ne voi enempää ottaa mitä tulee. (H2)

Ei mun kohdalla ollut merkitystä, koska mä tarvittin ne hoidot. Sit mä olisin ollut jossakin kuitenkin ja joku paikka olisi kuitenkin maksanut siis et olisin joutunut maksaa jonkun paikan sairaalamaksun ja kyllä koti aina koti on. (H 3)

Haastateltavat kokivat saaneensa pääasiassa tarpeenmukaiset palvelut. Jotkut haastateltavat olivat toivoneet siivouspalvelua. Siivouspalvelut ohjattiin yksityisen palvelutuottajan piiriin, koska kotihoidon kautta ei ole mahdollista saada siivouspalvelua. Palvelut

totutettiin suunnitelmien mukaisesti ja olivat lähteneet käyntiin välittömästi tai haastateltavan kotiuduttua.

Juu on, ovat toimineet juu, et ovat, tulivat nyt maanantaina. Ei kukaan pullikoinut tai kiukutellut mitään. (H6)

Pääasiassa palvelut olivat toteutuneet oikea-aikaisesti, koska kaikilla muutokset toimintakyvyssä ja terveydentilassa vaikuttivat palveluntarpeeseen ja palvelun aloittamiseen. Yksi haastateltavista koki, että olisi vielä pärjännyt itseksensä ja yksi ajatteli, että ateriapalvelun olisi voinut aloittaa jo aikaisemmin.

En mä usko, et mä olisin niit aikasemmin viel tarvinnut. Nythän se vast tulikin tämä, et mää itte huomasin, et mä en hyvä ihme muist mitään. (H1)

Se vaan olis pitänyt ottaa toi ateriapalvelu vähän aikasemmin, mut mä olin vähän ite. Kato, kun ihminen on tottunut olemaan niin kauan yksinään niin epäilin, et mahtaako ja sain niin huonoi käsityksii tuol. (H5)

Yhden asiakkaan kohdalla palveluiden oikea-aikaisuus tuli huomioitua asiakkaan omien voimavarojen vahvistumisen kautta siinä, että pärjää kotona.

Mä olin jouluaaton ja joulupäivän niinku päivälomilla lasteni luona ja sinä aikana mulle kypsys sellainen olo, kun tuli lääkärin kierto nii mä sanoin, et nyt mul on tullut semmonen usko, et pärjäisin kotona. Ja siitä se lähti pyörittämään käyntiin se koko homma. (H3)

Palveluiden tavoitteista ja tavoitteiden toteutumisesta ei haastateltavilla ollut kovin selkeitä käsityksiä, mutta ymmärsivät kuitenkin, että käyntien tarkoituksena on kotona selviämisen tukeminen. Neljän haastateltavista ei osannut kertoa yksilöllisiä tavoitteita tai mahdollisia välitavoitteita mihin hoidolla ja huolenpidolla pyritään. Kahden haastateltavan kohdalla oli selkeä hoidollinen tilanne, joten tavoitteen määrittäminen oli selvempää.

Varmaan, et ne tulee oikein (lääkkeet), et mä en mene sottaamaan, ku se on nyt vasta tullut tietoon tää mun Alzheimerin taudin alku. (H1)

Kyllähän mul nyt on ajatus, mä oon tämmönen hömppänä. En pääse mihinkään, vaik mieli tekis, niin sen takia ne käyvät. (H2)

Siinä on jo tavoitetta ja sinne päin ollaan menossa kyllä. Kotona pärjäämisen tukeminen. En mää täällä pärjäisi jos tällainen hoitorengas ei tällä pyörisi. Pitäisi olla joku paikka, jos kotona ei hoidettaisi. (H3)



Palvelun seurannasta ja arvioinnista haastateltavat eivät osanneet kertoa. Yksi haastateltavista huomioi jatkuvan arvioinnin käyntien aikana, jossa hoidollisen toimenpiteen aikana arvioidaan hoidon vaikutuksia.

Ei kai täs paljon arvioimista ole, ei kai täs tarvii kauan olla, tarvii arvioida. onhan mulla lapset sentään joka viikko käyvät. Jos minun menee niin huonoksi niin kyllä minä heill sit ilmoitan kummonen tilanne on. Ei siitä pitäis olla sen kummempaa. (H5)

Kyl siin aina tulee keskusteltua, just sellaset hoitajat ketkä useammin käy, niin heijän kans siit (hoidon vaikutuksista) sit keskustellaan. (H3)

Neljällä haastateltavista oli hoito- ja palvelusuunnitelma tehtynä ja siten myös omahoitaja tulisi olla valittu. Omahoitajaa ei kukaan asiakkaista osannut nimetä.

En tiedä, ei ole nimetty. (H2)

En mää tiedä, en mä ole edes ajatellut semmosii, et niinku mä sanoin, et en mää niinku huomaat fysiologisesti mitenkään sairas ole. (H4)

Asiakaslähtöisyys näkyi haastateltavien vastauksissa osallisuuden näkökulmasta. Omasta osallisuudesta tuli moninaisia kommentteja. Yksi haastateltavista koki olevansa lähinnä kuuntelijan roolissa ja mietti otettiinko hänen sanomisiaan todestakaan.

Kyl mä tota noin jotakin sanoinkiin, mut tota noin, mut en tiedä ottiko ne ihan täydestä (naurahtaa). (H2)

Kaksi haastateltavista koki keskustelun käydyn lähinnä omaisten kanssa, mutta tulensa silti huomioiduksi ja osalliseksi arviointitilanteessa. Yksi haastateltava koki, ettei ollut itsenäisesti tehnyt päätöksiä, vaan hänelle lähinnä esiteltiin palveluja mitä oli tarjolla. Osa ei muistanut tarkalleen arviointikäyntiä, joten kokivat siksi, etteivät voi kommentoida asiaa.

Keskustelemalla keskusteltiin. Ei siinä sen kummemmin ollut mitään päätöksiä tehty ja eikä mitään niin, keskusteltiin ja neuvoteltiin sit ja . Kyllä mä tavallaan itte mitä on sanonut ja mitä on. Kaikki on mennyt läpitte. Ei mitään vastahakoo tullut kummankaan puolelta. Kaikki ollaan sovittu. (H5)

Arviointikäynti toimii palveluohjauksellisena tilanteen, jossa on tarkoituksena kartoittaa asiakkaan tilanne, toiveet ja sitä kautta oikea-aikaiset palvelut. Haastattelujen sisällön perusteella ei kokonaisvaltainen palveluntarpeen arviointi tullut selkeästi esille, koska

haastateltavien yksilöllisten tilanteiden vuoksi arviointitilanteessa asioiden painotus on erilainen. Tiedon saaminen itsenäisen päätöksenteon tueksi on keskeinen osa palveluohjausta. Haastateltavat kokivat annettavan informaation määrän suureksi ja vaikeaksi sisäistää. Asiakslähtöisyys näkyi asiakkaan huomioimisessa arviointitilanteessa ja asioiden viemisessä eteenpäin keskustelun avulla ja siten haastateltavaa osallistavasti. Palveluiden toteutus koettiin tarpeenmukaiseksi ja joustavaksi.

### 6.3 Dialogisuus ja voimavaralähtöisyys

Kaikkien haastateltavien kokemus arviointitilanteesta oli pääosin positiivinen. Arviointitilannetta kuvattiin luontevaksi ja rauhalliseksi.

Se kävi aika luontevasti. Ne kyllä kävi, kaikki ne keskustelut. Meidän tyttö kyl piti tai jutteli aika paljon niiden kanssa. (H2)

Hoitajan ystävällinen ja lämmin kohtelu niit ihmisii kohtaan ja kuitenkin pitää sen oman ammatillisuutensa, niin se on a ja o mun mielestäni. (H4)

Haastateltavien kommentit vuorovaikutustilanteista liittyivät kuitenkin suurelta osin arviointikäyntien jälkeen aloitettuihin kotikäynteihin. Hoitohenkilökuntaa kuvattiin ystävälliseksi ja avuliaaksi ja he tekevät sen työn, mitä on sovittukin.

Mun täytyy sanoo, et täällä on ollu ihanat hoitajat. Mä tykkään niistä kaikista oikeen kovasti. (H2)

Yksi haastateltavista koki käynnit häiritseväksi, vaikkakin tarpeelliseksi.

Aika paljonkin häiritsee, vaikka he auttamaan tulee. (H4)

Ammatillisuus nousi haastatteluissa esiin useasti. Yksi haastateltavista huomioi ammatilliseen pätevyyden arviointitilanteessa. Huolenpito ja asiakkaan huomioiminen arviointitilanteessa tuli esiin kahden haastateltavan vastauksissa. Haastateltavat kokivat olevansa osaavissa käsissä ja tulleensa kohdatuksi arvokkaasti.

Se oli hyvä, must hän oli. Hän oli kans läksys hyvin lukenut ja tiesi asiat ja otti asiakkaan huomioon. (H3)

Mutta sillä on suuri merkitys ja kun on kunnolliset, tämmöset ammatti-ihmiset suihkuttamassa. Ettei siinä mikään poropeukalo ole, ei semmosest mittään ole. Tietävät mitä tekevät ja ovat kyl tarkkoja. Tähän mennessä kaikki on ollut erinomaisia. (H6)

Yksilöllisesti haastateltavat koki tulleen silloin, kun omaan elämään liittyvät toiveet otettiin huomioon. Yksi haastateltavista koki oman yksilöllisen toiveen haasteelliseksi suhteessa hoitajien työaikoihin. Asiakaskäynneillä hoitajat vaihtuu ja tutustuminen hoitajiin vaikeutuu. Haastateltavat kokivat mielekkääksi tilanteen, jossa hoitajat olivat jo tulleet tutuksi.

Se olis tietysti, et siihen niinku tutustuis hoitajaan ja tuntis sen paremmin, et tota noin tuo on nyt käynyt tai sit arvuuttelee onkohan tuo nyt käynyt ja onkohan tuo käynyt. Et tota noin. Et kai niil on tarkoitus, et yks ja sama, en mää tiä onk niil semmonen tarkoitus...Mun mielestä se on paljon kivempi, kun on sama, tulee niinku paljon paremmin tutuksi ja voi puhella ja tollai. (H1)

Haastateltavat kokivat kotona asumisen voimaannuttavaksi asiaksi. Kaikki haastateltavat kokivat kotona asumisen mielekkääksi ja merkitykselliseksi. Oma koti koettiin turvapaikaksi, rentoutumispaikaksi ja paikaksi, jossa oli vapaus toimia haluamallaan tavalla.

Kotioloissa on turvapaikka, rentoutumispaikka ja missä vanhainkodissa sä saat takan. Et mistään ja paljon muutakin asiaa. Ei se ole yksin se minä ite. Kotona ihminen on omimmillaan. Kyl koti on aina semmonen turvapaikka. (H4)

Laitokseen joutuminen koettiin yksilöllisyyden menetyksenä ja yksi haastateltavista koki sen pelottavana asiana. Koti koettiin hyväksi ja oikeaksi paikaksi asua, jos se luo turvallisuuden tunteen ja se olisi toimintaympäristöltään sopiva.

Henkilökohtainen vapaus on ihmiselle niin tärkeä oli sit kenest tahansa kysymys. Se on ensimmäinen semmonen kriteeri minkä asettaa etusijalle. Niin sinä päivänä kun sä astut vanhainkodin tai jonkun laitoksen ovesta sisään joko puol kuolleena tai melkeen lopussa niin, sä saat heittää täysin oman identiteettisen itses ulos. Silloin sä oot antanut vallan omasta itses toisille. (H4)

Et ihan mielelläni asun kotona ja oikeen pelkään joutuu jonnekin tonne noin. Se ois kauheet... Must tuntuu, et jos mä olisin tollases paikas, niin

mun kävis aikaa ihan valtavan pitkäksi... Sit jos ruppee pelkää kotona olemista, niin silloinhan on tietysti eri asia. En mä sillai vielä olkoon peljännyt. (H1)

Asiakkaan voimavarana voidaan nähdä kokemus avun vastaanottamisesta. Se voi olla joko positiivinen tai negatiivinen kokemus. Puolet haastateltavista koki avun vastaanottamisen vaikeaksi, koska on tottunut itse tekemään asioita ja on vaikeaa pyytää apua toisilta.

Se on siinä, et mä en oo tottunu ikinä, et mua autetaan. Et päinvastoin, mä olen itse ollut se, mikä on käynyt auttamassa. (H1)

Se on korkea ollut se kynnyks ei se ole helppoa vielääkään. (H4)

Toinen puoli taas suhtautui asiaan positiivisesti ajatuksella jos apua tarvitsee niin sitä voi ottaa vastaan. Hoitajien ammattitaito ja suhtautuminen auttamistilanteissa helpotti asiakkaan kokemusta ja teki avun vastaanottamisen helpommaksi.

Hyvältä, hienolta. Ei ole hankalaa, missään nimessä. Ei ole ollut hankalaa. Eikä ole ollut semmosii hoitajia, et olis tullut semmonen olokaan et. (H3)

No kyl mä otan apua vastaan. Kato, kun ne on koulutettuja ihmisiä kun tulee tänne niin, kyl mä annan huusholliin tulla. (H6)

Kysymys palveluohjauksen käsitteestä tai siitä mitä palveluohjaajan työhön kuuluu oli haastateltaville hankala, mutta sai heidät miettimään asiaa. Ajatuksia nousi palveluiden tuottamisesta, asiakkaiden huomioimisesta, tarpeiden selvittämisestä ja niihin vastauksista.

Semmonen ohjaaja vois käydä kättömässä näitä potilaita silloin sun tällöin, että mitä potilaille kuuluu ja miten on hoidettu. Se on yks hyvä, mä tykkään ainakin. Kerran, kun on ohjaaja, niin kävis kysymässä mielipidettä, mites on, et tykkäät sä vai etkö tykkäät." (H2)

"Palveluohjaus. Sehän olis, eikös tämä palvelu olis kunnioitusta toista kohtaan. Se vois auttaa, totta kai. Antaa apua ja neuvoa, mistä apua saa." (H5)

Haastateltavat kokivat arviointitilanteet mielekkääksi ja vuorovaikutussuhteen ammattilaisiin hyväksi. Ammatillisuus nousi esiin avuntarvitsijan ja auttajan välisessä suhteessa luottamusta herättävänä asiana. Yksilöllisyys näkyi haastateltavien yksilöllisen tilanteen

huomioimisena, mitä hoitajaan tutustuminen edesauttoi. Haastatettavien voimavaroja omaisten lisäksi oli kotona asumisen merkitys ja avun vastaanottamisen kokemus.

## 7 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon asiakkaiden kokemuksia arviointikäynnistä palveluohjauksen näkökulmasta. Haastattelun tuloksista voidaan vetää johtopäätöksenä, että tulokset vastasi tutkimuksen tavoitteeseen saada tietoa asiakkaan omakohtaisesta kokemuksesta arviointitilanteesta. Haastattelututkimuksella saatiin vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin palveluohjauksen ja siihen liittyvien asiakokonaisuuksien kuten asiakaslähtöisyyden, osallisuuden ja dialogisuuden näkökulmasta.

Kotihoidon arviointikäynnillä on tarkoitus kartoittaa asiakkaan kokonaisvaltainen toimintakyky, voimavarat sekä suunnitella tarvittavat kotihoidon palvelut. Arviointikäynnin on tarkoitus toimia palveluohjauksellisenä tilanteena, jossa annetaan asiakkaalle riittävästi tietoa oman tilanteensa jäsentämiseksi sekä itsenäisten päätösten tekemiseksi. Tutkimuksen mukaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja voimaantumista edistää asiakkaan omien toiveiden ja toimintaehdotusten kuuleminen ja niiden sovittaminen palvelujärjestelmään (Eloniemi-Sulkava – Laakkonen – Saarenheimo – Pietilä – Pitkälä – Savikko 2006: 189).

Asiakassuhteen alkaminen on suuri tapahtuma, jossa kohtaamisen merkitys korostuu. Usein sitä edeltää jokin toimintakyvyssä tai terveydentilassa tapahtunut muutos, mikä jo sinällään järjestyttää ihmisen mieltä. Asiakkuuden alkuvaiheessa asiakkaat ovat usein hauraita ja tarvitsevat paljon tukea asioiden hoitamisessa niin ammatilliselta kuin omaisiltaan. Palveluohjauksen tarkoituksena on tukea asiakkaan tiedonsaantia ja sitä kautta mahdollistaa itsenäinen päätöksen teko omaa elämää koskevissa asioissa. Kohtaamisen ja dialogisen vuorovaikutuksen keinoin saadaan aikaan luottamuksellinen asiakassuhde.

### 7.1 Asiakkuuden alkaminen

Tilastoraportin (2012) mukaan kotihoidon palveluiden aloittamiseen johtaa useimmiten fyysinen syy tai heikentynyt kyky huolehtia itsestä (Väyrynen – Kuronen 2012: 1). Kaikilla haastateltavilla oli tapahtunut jokin muutos toimintakyvyssä tai terveydentilassa ennen arviointikäyntiä, mikä oli aiheuttanut tarpeen kokonaisvaltaisen tilanteen selvittämiseen ja palveluiden tarpeeseen. Hammarin (2008) tutkimuksen mukaan kotihoidon

palveluiden käyttöä lisää yksin asuminen, ikä, huono toimintakyky sekä asiakkaan oma kokemus avun tarpeesta arjen toiminnoissa (Hammar 2008: 87).

Haastateltavat olivat ohjautuneet puolelta tapauksista arviointitilanteeseen omaisen yhteydenoton perusteella, mikä kertoo omaisten vahvasta roolista haastateltavien elämässä ja asioiden hoidossa. Asiakkaiden tilanne on kotiintulohetkellä herkkä ja hauras ja asiakkaat ovat usein vielä toipilasvaiheessa, jolloin asioiden hoitaminen itsenäisesti saattaa vaatia liikaa ponnisteluja, mikä vaikuttaa asiakkaiden aktiiviseen osallisuuteen yhteydenottajana omien asioiden eteenpäin viemisessä.

Osa haastateltavista oli tullut palveluiden piiriin sairaalajakson aikana tai sen jälkeen. Tilastoraportin (2012) mukaan yli puolella asiakkaista asiakkuus alkoi kotoa ja neljännes kotiutui sairaalasta tai terveyskeskuksesta (Väyrynen – Kuronen 2012: 1). Alustava tilanne tulisi olla silloin kartoitettuna jo kotiutuessa, jotta palvelut lähtevät käyntiin mahdollisimman nopeasti ja saumattomasti. Erilaisilla rajapinnoilla, kuten sairaalasta kotiutuessa on riskinä hoitoketjun katkeaminen, joten niihin tilanteisiin on kiinnitettävä erityistä huomiota ja valmistella jo osastolla asiakkaan kotiin palaamista. (Päivärinta – Haverinen 2002: 15.) Osalla haastateltavista oli avuntarve päivittäisissä toimissa, joiden järjestäminen edellyttää välitöntä tukitoimien aloitusta. Omaishoito yhteistyönä (2006) tutkimuksen mukaan arvioinnin ja tukitoimien keskittäminen yhdelle ammattihenkilölle vahvistaa hoidon jatkuvuutta sekä asiakkaan että palvelujärjestelmän näkökulmasta (Eloniemi-Sulkava ym. 2006: 186).

## 7.2 Palveluohjaus itsenäisen päätöksen teon tukena

Haastateltavien oli vaikea asettaa odotuksia ja toiveita tilanteessa, joka on heille uusi ja ainutkertainen. Palvelujärjestelmän tuntemus oli haastateltaville vierasta eikä heillä ollut sen vuoksi tietoa mahdollisuuksista itsenäisen päätöksenteon tueksi tai mitä odotuksia ja tavoitteita voi toiminnalle asettaa. Jos palvelujärjestelmän tuntemus on heikkoa, eikä asiakas saa riittävää ohjausta ja neuvontaa, onko asiakkaalla edes mahdollisuutta tehdä itsenäisiä päätöksiä ilman ohjausta ja neuvontaa. Ikääntyneiden aktiivisuus itsenäisten päätösten tekemiseen edellyttää työntekijöiden asenteiden muutosta sekä asiakkaiden osallistamista päätösten tekemiseen arviointitilanteessa (Hammar 2008: 94). Arviointikäynnin ohjauksen ja neuvonnan tarkoituksena on tukea asiakkaiden keinoja

omien tilanteiden ratkaisemiseksi ammattilaisilta saadun tiedon pohjalta. Tutkimuksen mukaan asiakkaiden ja omaisten saama tieto palveluista ei lisää palveluiden käyttöä vaan turvallisuuden tunnetta palveluiden saatavuudesta ja luotettavuudesta (Eloniemi-Sulkava ym. 2006: 187).

Haastateltavien vastauksista ei saanut selvää kuvaa siitä, oliko kotikäynnillä arvioitu kaikkia yksittäisiä elämänalueita, mitkä vaikuttavat kokonaisvaltaisesti asiakkaan toimintakykyyn ja kotona selviytymiseen. Pääasiassa muistikuvat liittyivät fyysisten tai hoidollisten asioiden arvioimiseen. Asiakkaan tilanteeseen tutustuminen kaikilla elämän osa-alueilla vaikuttaa kokonaisvaltaiseen tarpeen arviointiin ja asiakkaan tiedostamisen omasta tilanteesta sekä siihen vaikuttavista asioista. Asiakaslähtöisesti tulee ensin selvittää tarve ja sen jälkeen pohditaan yhdessä vaihtoehtoja. Asiakas viime kädessä tekee päätöksen siitä, mikä palvelu tukee hänen tavoitteitaan toimintakyvyn ja terveyden edistämisessä sekä arjessa selviytymisessä. Asiakkaan ja työntekijä yhteinen näkemys avun tarpeesta ja palveluiden sovittamisesta tarpeita vastaaviksi edesauttaa asiakkaan sitoutumisessa hoitoon ja työntekijän mahdollisuuksiin tukea asiakasta voimavaralähtöisesti (Hammar 2008: 94).

Haastateltavilla oli heikosti tietoa siitä, mitä tavoitteita hoidolle oli asetettu. Tavoitteiden asettaminen antaa palveluille merkityksen ja selkeät välitavoitteilla tukee asiakkaan toimintakykyä, osallisuutta ja sitoutumista hoitoon. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekovaiheessa tulisi määrittää arviointipäivä, jolloin tarkistellaan miten toiminta on lähtenyt käyntiin ja onko palvelut tarpeen mukaiset ja riittävät.

Kaikkien haastattelujen aikana tuli esille sisäistettävän tiedon määrä. Tietoa tulee paljon yhdellä kertaa, mikä vaikuttaa asioiden sisäistämiseen ja keskittymiseen. Arviointitilannetta voidaan ajatella oppimistilanteena, jossa uuden tiedon sisäistäminen on keskeisessä osassa. Tilanteessa tulee ottaa huomioon ikääntymisen vaikutukset tiedon sisäistämisessä ja uusien asioiden oppimisessa. Ikäihmisten kanssa tulee kiinnittää huomiota siihen, että asiat tuodaan julki asiakkaan kielellä, ei ammattilaisten termein.

Kuusisen ja Paloniemen (2002) mukaan biologiset ikääntymismuutokset ja kokemuksellisuus ovat olennaisimmat muutokset oppimisen näkökulmasta. Ikääntymismuutokset näkyvät keskeisesti aistitoimintojen heikentymisenä ja kognitiivisena suoriutumisenä. Ikääntymismuutosten huomioiminen, esimerkiksi arviointitilanteessa, auttaa asioi-



den käsittelyssä. Ympäristön tulee olla rauhallinen ja tilanteessa mukana olevien sijoittelu mietitty. Kirjallisen materiaalin tulisi olla selkeää ja keskustelua tukevaa. Kognitiivisiin muutoksiin liittyy havaintotoimintojen ja reagoit nopeuden hidastuminen sekä valikoiva tarkkaavaisuus. Ajankäyttö ja kiireettömyys sekä mahdollisuus kysymysten esittämiseen helpottaa asioiden sisäistämistä. Opittavia asioita tulisi käsitellä osio kerrallaan kohti kokonaisuutta. (Kuusinen – Paloniemi 2002: 163–165.)

Haastateltavilla oli jäänyt epäselvyyksiä joidenkin asioiden suhteen, esimerkiksi laskutukseen tai etuuksiin liittyen. Haastattelijaan kohdistui kysymyksiä ”Tiedätkö sinä...”. Haastateltaville oli kuitenkin jäänyt sellainen olo, että he voivat palata asioihin uudelleen tilanteessa mukana olleen henkilön tai muiden työntekijöiden kanssa, mikä osoittaa luottamuksellisuuden tunteen heräämistä ja dialogisen kohtaamisen onnistumista.

Omahoitajan asema ei noussut millään tavoin esiin haastatteluissa. Haastateltavat eivät tunteneet omahoitajaansa tai mikä on omahoitajan rooli suhteessa asiakkaaseen. Omahoitajan roolin vahvistaminen ja vastuun lisääminen sitouttaa työntekijää syventymään asiakkaan asioihin jo arviointitilanteessa ja sitä kautta vahvistaa heidän keskinäistä yhteistyötä. Haastateltavat kokivat hoitajien vaihtumisen kotikäynneillä vaikeutavan hoitajiin tutustumista. Omahoitajan nimeäminen ja hänen roolinsa korostaminen voisi tukea asiakkaan luottamuksellisen suhteen luomista omahoitajan kautta myös muihin hoitajiin.

### 7.3 Asiakkaan kohtaaminen

Arviointikäynnin tekeminen asiakkaan kotona on merkityksellistä ympäristön tilanteen kartoittamisessa ja asiakas voi kokea olonsa turvallisemmaksi kotona. Asiakaan omien voimavarojen löytymistä helpottaa kotiympäristön näkeminen, mitkä asiat ovat asiakkaalle tärkeitä. Omaisten läsnäolo arviointitilanteessa luo turvallisuuden tunteen asiakkaalle tilanteessa, jossa käsitellään hänelle uusia ja ainutkertaisia asioita. Omaisten tuki arjessa selviytymisessä koettiin merkittäväksi ja omaisilla oli keskeinen rooli haastateltavien elämässä. Haastateltavat mainitsivat omaiset yhtenä voimavarana elämässään ja siksi omaiset tulee ottaa huomioon arviointitilanteessa tärkeänä osana asiakkaan sosiaalista verkostoa ja arjen toimintojen tukemisessa.

Kodin merkitys voimavarana korostuu haastateltavien puheissa. Oman yksityisyyden suojaaminen, arvostus ja kunnioitus toista ihmistä kohtaan nousevat esiin haastatelta-

vien kommenteissa. Kotihoidon henkilökunnalta vaaditaan herkkyyttä ja vahvaa eettistä arvomaailmaa tehdessään työtä asiakkaan yksityisessä tilassa, hänen kodissaan. Osa haastateltavista koki vaikeaksi ottaa apua vastaan. Kunnioittavan ja arvostavan suhtautumisen kautta avun vastaanottaminen ajan myötä helpottuu. Itsenäisen selviytymisen ja osallisuuden tukeminen voimaannuttaa asiakasta. Itsemääräämisoikeuden säilyminen näkyy pieninä arjen asioina, huomioimisena ja ymmärtämisenä.

Haastateltavien suhtautuminen arviointikäyntiin oli positiivista, koska se oli sen hetkessä elämäntilanteessa heille kotona selviytymisen kannalta merkityksellistä. Negatiiviset palautteet kohdistui lähinnä järjestelmän kykenemättömyyteen vastata haastateltavien yksilöllisiin toiveisiin. Haastateltavat kuvailivat ammattihenkilöitä ystävällisiksi ja asiansa osaaviksi henkilöiksi, mikä kuvastaa sitä, että henkilökunnalla arjen kiireiden keskellä on kuitenkin aikaa kohdata asiakas kunnioittavasti ja kiireettömästi.

Arviointitilanne voi olla ihmisen ensimmäinen kontakti viranomaisiin kotona selviytymiseen liittyvissä asioissa, mitkä saattavat olla hyvinkin henkilökohtaisia, hoitoon ja hoivaan liittyviä asioita. Arviointikäynnillä tulisi kiinnittää huomiota ensikohtaamisen vaikutuksista hoidon jatkumiseen. Aikaisemmat kohtaamiset viranomaisten kanssa vaikuttaa asiakkaan suhtautumiseen ja luottamukseen järjestelmää kohtaan. Haastatteluissa, vuorovaikutuksen näkökulmasta, ammatillisuuden ja kohtaamisen merkitys oli merkittävässä roolissa ja loi luottamusta hoitohenkilökuntaa.

## 8 Pohdinta

Palveluohjaus on tärkeä osa ikäihmisten palveluita ja kohdistuu asiakkaisiin niin ennaltaehkäisevän työn muodossa kuin elämänsä loppupäässäkin. Työelämän ehdotus opinnäytetyön aiheeksi liittyi palveluohjaukseen sekä ajankohtaisena aiheena vanhuspalvelulakiin. Opintojen aikana olen kokenut tärkeäksi dialogisen vuorovaikutuksen ja aidon kohtaamisen merkityksen asiakastyössä, mitkä ovat keskeisiä asioita myös palveluohjauksessa. Näin ollen oli luontevaa valita asiakasnäkökulma työn tekemiseen.

Haastatteluissa nousi keskeisesti esiin kodin merkityksen ja omaisten tuen voimaannuttava vaikutus. Kohtaamistilanteet koettiin miellyttävinä ja asiakaslähtöisinä sekä henkilökunnan ammatillinen osaaminen luottamusta edistävänä toimintana. Kokonaisvaltaisen arvioinnin näkökulmasta haastateltavien yksilöllinen tilanne on vaikuttanut arvointikäynnin sisältöön ja sitä kautta heidän kokemukseen arvioinnin eri osa-alueiden toteutumisesta. Haastattelurungon pilkkominen pienempiin osiin kokonaisvaltaisuutta selvittäessä olisi voinut tuoda paremmin esiin eri osa-alueet. Tiedon sisäistämisen määrä vaikeus nousi esiin kaikkien haastateltavien puheissa ja sen huomioiminen ikäihmisen näkökulmasta olisi tärkeää.

Vanhuspalvelulain (2013) mukaan pitkäaikainen hoito- ja huolenpito toteutetaan ensisijaisesti yksityiskodissa tai kodinomaisessa asuinpaikassa (vanhuspalvelulaki 2013: 16). Kotihoidon palveluiden kehittäminen oikea-aikaiseksi ja asiakkaiden tarpeita vastaavaksi tukee kotona selviytymistä. Asiakkailta saatu palaute ja kokemus palveluiden käyttäjinä ovat perusta siihen, miten palvelut tulisi rakentaa ja saada aikaan asiakkaan toimintakykyä sekä tavoitteita tukevat palvelut.

Kunnalle kuuluu järjestämisvastuu ikäihmisten palveluista ja toiminnan tulee lähteä asiakkaiden tarpeista sekä muuttua joustavasti asiakkaan tilanteen mukana. Palveluiden tarkoituksena on lisätä asiakkaiden hyvinvointia ja osallisuutta sekä tukea kotona asumista. Ikääntynyt tulee nähdä yhteiskunnan voimavarana, tasavertaisena ja aktiivisena toimijana, ei vain palveluiden käyttäjänä. Palveluohjauksen näkökulmasta tulisi myös pohtia palveluohjaajan roolia suhteessa palveluiden tuottamiseen.

Palveluohjauksen tarkoituksena on selkiyttää asiakkaalle pirstaleista järjestelmää sekä olla asiantuntija apuna silloin, kun asiakas tulee palveluiden piiriin. Asiakas on viime kädessä kuitenkin oman elämänsä asiantuntijana. Arvointikäynnin tavoitteena on osallisuuden, itsemääräämisoikeuden ja voimaantumisen tukeminen. Kanaoja ym. (2011)

mukaan sosiaalityön keskeinen arvo yhtäläinen ihmisarvo, mitä tavoitellaan muun muassa kuulluksi tulemisen kokemuksella ja osallisuudella oman tilanteen käsittelyyn (Kananen ym. 2011: 128).

Haastateltavista jokainen halusi asua kotonaan mahdollisimman pitkään ja oli valmis ottamaan palveluita vastaan turvaamaan kotona selviytymistä. Omaiset olivat olleet mukana arjen toiminnoissa selviytymisessä jo pitkään ennen kuin palveluntarve ulkopuoliselta toimijalta oli tullut kysymykseen. Omaisten osallisuuden tukeminen etenkin palveluiden alkaessa on tärkeää. Arviointikäynnillä tulee antaa oma rooli myös omaisille ja läheisille. Laadukkaalla palvelutarpeenarvioinnilla mahdollistetaan asiakkaan osallisuus itseään koskevan hoidon ja palvelun suunnitteluun, sen toteuttamiseen ja arviointiin. Suunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan, läheisten ja ammattihenkilön välillä huomioiden eri osapuolten mahdollisuudet osallistua hoitoon voimavarojensa mukaan.

Raision kotihoidossa on käytössä omahoitajajärjestelmä ja sitä toimintaa kehitetään edelleen. Vanhuspalvelulain (2013) mukaan ”lääkälle henkilölle on nimettävä vastuutyöntekijä, jos hänen arvioidaan tarvitsevan apua palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa.” (Vanhuspalvelulaki 2013: 21). Omahoitajatoiminnassa vastuun lisääminen omahoitajalle jo arviointivaiheessa sitouttaa hoitajan aktiivisesti osallistumaan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen ja tavoitteiden aseteluun sekä turvaamaan hoidon jatkuvuutta. Tenkasen (2003) tutkimuksen mukaan vastuuhoitajan nimeäminen ja tehtävien selkiyttäminen edistää toiminnan tavoitteellista toteuttamista (Tenkanen 2003:129).

Ikäihmiset ovat tänä päivänä aktiivisesti aikaansa seuraavia ihmisiä. Palvelujärjestelmää on silti vaikea hahmottaa etenkin toimintakyvyn heiketessä ja toipilasvaiheessa. Haastateltavien mukaan arviointikäynnillä tuli runsaasti tietoa, mitä on vaikea sisäistää kerralla. Arviointikäynnillä esiin nousseiden asioiden sekä hoito- ja palvelusuunnitelman pohjalta voisi asiakkaalle koota henkilökohtaisen palveluoppaan. Oppaasta asiakas voisi lukea uudelleen, mitä sovitulla palvelulla tarkoitetaan ja mitä ne pitävät sisällään. Panostus asiakassuhteen alkuvaiheessa, helpottaa työn tekemistä myöhemmin.

Henkilökunnan ammatillisen osaamisen ajan tasalla pitäminen sekä palvelujärjestelmän tunteminen tukee laadukkaan palveluohjauksen antamista ja synnyttää luottamuksen asioiden hoidosta. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää henkilökunnan

osaamista palveluohjauksesta ja palvelujärjestelmän tuntemisesta sekä sen pohjalta kartoittaa henkilökunnan koulutustarvetta.

Kunnat yksityistävät palveluitaan, jolloin yhdellä asiakkaalla voi käytössä olla niin julkiselta sektorin, yksityisen palveluntuottajan kuin kolmannen sektorin palveluita. Kolmannen sektorin merkitys korostuu tulevaisuudessa kuntien taloudellisen tilanteen johdosta. Kolmas sektori, järjestöt, yhdistykset ja vapaaehtoistyöntekijät, tulee vahvemmin huomioida ikäihmisten sosiaalisen osallisuuden tukijoina ja palveluohjauksessa yhteistyökumppaneina.

Palveluiden hallinta on haasteellista, jos kukaan ei ota vastuuta asiakkaiden palveluiden kokonaisuudesta. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee koota yhteen kaikki asiakkaan kanssa työskentelevät tahot ja heidän antamat palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulee selkeästi määritellä vastuualueet sekä henkilö, joka on kokonaisvastuussa asiakkaan arjen sujumisessa, palveluiden seurannassa ja arvioinnissa.

Omista lähtökohdista katsottuna opinnäytetyön aiheen sijoittuminen kotihoitoon on vahvaa osaamisaluettani ja palveluohjaus kiinnostuksen kohde. Palveluohjaus on keskeinen osa geronomin ammatillista kompetenssia. Kompetenssi tulee esiin monialaisessa arviointiosaamisessa ja hoidon suunnittelussa sekä ohjausosaamisessa. Geronomin ammatillisen osaamisen laaja-alaisuus ja moniammatillisen työyhteisön voimavarojen hyödyntäminen on vahvuus palveluohjaajan roolissa. Moniammatillinen yhteistyö, vuorovaikutustaidot ja gerontologinen osaaminen on asiakaslähtöisen toiminnan edellytys.

Palveluiden kehittämisessä tarvitaan asiakkaiden kokemuksellista tietoa ja palautetta palveluista. Vanhuspalvelulaki (2013) edellyttää palvelunkäyttäjiltä, heidän läheisiltään ja henkilöstöltä palautteen keräämistä palveluiden riittävyyden ja laadun arvioimiseksi (vanhuspalvelulaki 2013: 9). Opinnäytetyössä olen tuonut näkyväksi asiakkaiden ajatuksia arviointikäynnistä ja niistä saadun kokemuksellisen tiedon merkityksen palvelutarpeen arvioinnin kehittämisessä.

Jokaisen ihmisen elämä on tarina. Jokaisen elämäntarina on ainutlaatuinen ja sen vaiheet vaikuttaa ihmisen tapaan toimia ja tehdä valintoja. Faith Gibsonin ajatusta olen kantanut mukani ja siihen on hyvä päättää.

*”Jokaisella on tarina kerrottavana. Jos vain joku kysyy, jos vain joku kuuntelee”*

## 9 Lähteet

Ala-Nikkola Merja 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa. Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Juvenes Print. Verkkodokumentti <<http://tampub.uta.fi/handle/10024/67170>>. Luettu 20.3.2013.

Ala-Nikkola, Merja – Sipilä, Jorma 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Metteri, Anna (toim.). Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Oy Edita Ab. 16–31.

Ala-Nikkola, Merja – Valokivi, Heli 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Elo, Satu – Isola, Arja. Ikääntyneiden haastattelun erityispiirteitä. Hoitotiede. 4/2008.

Eloniemi-Sulkava, Ulla – Laakkonen, Marja-Liisa – Saarenheimo, Marja – Pietilä, Minna – Pitkälä, Kaisu – Savikko Niina (toim.) 2006. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Gummerus Kirjapaino OY.

Eloranta, Hanna 2006. Asiakkuuden ja osallisuuden rakentuminen palveluohjauksessa. Tampereen yliopisto, terveystieteenlaitos. Pro gradu. Verkkodokumentti. <[http://www.sosiaaliportti.fi/File/f8d0663a-6a7a-49ed-8ef3-13531a25483c/Eloranta\\_gradu.pdf](http://www.sosiaaliportti.fi/File/f8d0663a-6a7a-49ed-8ef3-13531a25483c/Eloranta_gradu.pdf)>. Luettu 25.11.2012.

Hallila, Liisa 1999. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hammar, Teija 2008. Palveluiden yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palveluiden käyttö PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusaikautuvuus. Tampere: Gummerus kirjapaino Oy.

Heikkinen, Eino 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, Eino – Marin, Marjatta (toim.). Vanhuuden voimavarat. Kustannusosakeyhtiö tammi: Helsinki. 13–33.

Heinola, Reija 2007a. Erilaiset asiakkaat. Teoksessa Heinola, Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy. 22-25.

Heinola, Reija 2007b. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa Heinola, Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy. 26-29.

Heinola, Reija 2007c. Asiakas arvioinnin keskiössä. Teoksessa Heinola, Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy. 30-35.

Helin, Satu 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen, Eino – Marin, Marjatta (toim.). Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi. 35–67.

Henttinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja sen taustatekijöitä. Teoksessa Kyngäs, Helvi–Henttinen, Maija. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY oppimateriaalit Oy. 15–24.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki:Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hänninen, Kaija 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Helsinki: Valopaino Oy.

Ikonen, Eija-Riitta 2013. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.

Ikäihmisten palvelut n.d. Raision kaupunki. Verkkodokumentti<[http://www.raision.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihminen-palvelut/fi\\_FI/ikaihminen-palvelut/](http://www.raision.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihminen-palvelut/fi_FI/ikaihminen-palvelut/)>. Luettu 19.10.2013.

Ikäihmisten palvelutarpeenarviointi. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeenarviointia sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote. Verkkodokumentti.<<http://www.sosiaaliportti.fi/File/308e7352-a0a2-44df-bd07-ef82c2fe4dc5/ik%C3%A4ihminen+toimintakyvyn+arviointi+stm.pdf>>. Luettu 1.9.2013.

Jyrkämä, Jyrki 2007. Toimijuus ja toimintilanteet- aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen, Marjaana – Karisto, Antti – Kröger, Teppo – Hakonen, Sinikka. Vanhuus ja sosiaalityö 2007. Juva: PS-kustannus. 195–217

Kananoja, Aulikki – Lähteinen, Martti – Marjamäki Pirjo 2011. Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Kiikkala, Irma 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna – Ruotsalainen, Pekka – Kiikkala, Irma 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 112–121.

Kotihoito n.d. Raision kaupunki. Verkkodokumentti. < [http://www.raision.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihminen-palvelut/kotihoito/fi\\_FI/kotihoito/](http://www.raision.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihminen-palvelut/kotihoito/fi_FI/kotihoito/)>. Luettu 15.5.2012.

Kuusinen, Jorma – Paloniemi, Susanna 2002. Kasvatusgerontologia teoriaa ja käytäntöä. Teoksessa Heikkinen, Eino – Marin, Marjatta (toim.) 2002. Vanhuuden voimavarat. Kustannusosakeyhtiö tammi: Helsinki. 153–171.

Kvalimot. Verkkodokumentti.  
<[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html)>. Luettu 22.11.2012.

Laatusuositus 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Verkkodokumentti <<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1860580>>. Luettu 16.8.2013.

Laatusuositus 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=ikaihminen\\_palvelujen\\_laatusuositus\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=ikaihminen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf)>. Luettu 12.9.2013.

Lehto, Juhani 2000. Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna – Ruotsalainen, Pekka – Kiikkala, Irma. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Kustannusosakeyhtiö Helsinki: Tammi. 33–48.

Luoma, Minna-Liisa – Kattainen, Eija 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Reija Heinola (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy. 18-21.

Marin, Marjatta 2003. Elämän paikallisuus ja paikat. Teoksessa Marin, Marjatta – Hakonen, Sinikka: Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus. 22–43.

Metsämuuronen Jari 2002. Verkkodokumentti < <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>>. Luettu 10.3.2013.

Mikkola, Arto 2005. Ympäristö vanhuksen hoitajana. Teoksessa Noppari, Eija – Koistinen, Paula (toim.). Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 113–135.

Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edit Prima Oy.

Neuvonta- ja palveluverkosto. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikä-neuvo –työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä2009:24. Verkkodokumentti.

<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf)>. Luettu 26.4.2013.

Niiranen, Vuokko 2011. Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa Rissanen, Sari – Lammintakanen, Johanna (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro. 129-143.

Näslindh-Ylispangar, Anita 2005. Vanhuksen olemassaolon kokemuksen vahvistaminen yhteisössä. Teoksessa Noppari, Eija – Koistinen, Paula (toim.). Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 147–160.

Ohjeistus kartoituskäynnille 2012. Raision kotihoito, tiiminvetäjien palaveri.

Pietiläinen, Erja – Seppälä, Heikki 2003. Palveluohjaus. Asiakastyössä ja organisaatiossa. Kehitysvammaliitto. Helsinki: Painopörssi Oy.

Päivärinta, Eeva – Haverinen, Riitta 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Verkkodokumentti. <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/op52/op52.pdf>> . Luettu 1.8.2013.

Päätöksenteko ja hallinto n.d. Raision kaupunki. Verkkodokumentti. <[http://www.raisio.fi/maatöksenteko-ja-hallinto/fi\\_FI/maatöksenteko-ja-hallinto/](http://www.raisio.fi/maatöksenteko-ja-hallinto/fi_FI/maatöksenteko-ja-hallinto/)>. Luettu 19.10.2013.

Hoito- ja hoivapalveluohjelma 2011. Raision kaupunki. Raision ja Ruskon ikääntyneiden hoito- ja hoivapalveluohjelma -2015. Päivitetty syysy 2011. Verkkodokumentti. <[http://www.raisio.fi/maatöksenteko-ja-hallinto/fi\\_FI/strategia-ja-ohjelmat/](http://www.raisio.fi/maatöksenteko-ja-hallinto/fi_FI/strategia-ja-ohjelmat/)>. Luettu 13.5.2013.



Raision kaupungin strategia n.d. Verkkodokumentti.<  
http://www.raio.fi/paatoksenteko-ja-hallinto/fi\_FI/strategia-ja-ohjelmat/>. Luettu  
26.9.2012.

Reito, Sinikka 2006. Yhteistyöstä yhteiseen työhön. Ikaalilainen palveluohjaus auttaa työikäistä palvelujärjestelmän labyrintissa. Stakes raportteja 16/2006. Verkkodokumentti. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/hyvakas/hyvakas-tietopankki/ikaalilainen-palveluohjaus/Documents/Ikaalilainen\_palveluohjausmalli,\_Stakesin\_julkaisu.pdf>. Luettu 26.4.2013.

Rostila Ilmari 2011. Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylä: Paino Kopiojyvä Oy.

Ruotsalainen, Pekka 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna – Ruotsalainen, Pekka – Kiikkala, Irma. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi: 7-32.

Seikkula, Jaakko – Arnkil, Tom Erik 2009. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Esa Print Oy.

Seiskari, Ritva – Töyrylä, Pia 2000. Sosiaali- ja terveystoimen palvelut osana palveluketjua. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna – Ruotsalainen, Pekka – Kiikkala, Irma. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 49–66.

Suominen, Sauli – Tuominen, Merja 2007. Palveluohjaus. Portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Picaset Oy, Profami Oy.

Säännöllinen kotihoito n.d. Raision kaupunki, kotihoito. Verkkodokumentti. <http://www.raio.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihmissen-palvelut/kotihoito/saannollinen-kotihoito/fi\_FI/maksuluokat-kotihoito-saannollinen/>. Luettu 5.10.2013.

Tanninen, Sari 2013. Resurssitaulukko. Raision kaupunki, kotihoito.

Tepponen, Merja 2007. Yhteistyö. Teoksessa Reija Heinola (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opa ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy. 61-81.

Tenkanen, Raija 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Tilastoraportti 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Kotihoidon laskenta 30.11.2012. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110191/Tr17\_13.pdf?sequence=1>. Luettu 15.8.2013.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tilapainen kotihoito n.d. Raision kaupunki, kotihoito. Verkkodokumentti. <http://www.raio.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihmissen-palvelut/kotihoito/tilapainen-kotihoito/fi\_FI/tilapainen-kotihoito/>. Luettu 5.10.2013

Vanhuspalvelulaki 2013. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Verkkodokumentti. <  
>[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf)>. Luettu 11.10.2013.

Vanhuspalvelulaki 2012. Hallituksen esitys. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:12. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf)>. Luettu 10.5.2012

Vilén, Marika–Leppämäki, Päivi–Ekström, Leena 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkkö, Anni 2010. Koti vanhetessa. Teoksessa Vilkkö, Anni – Suikkanen, Asko – Järvinen-Tassopoulos, Johanna (toim.). Kotia paikantamassa. Rovaniemi: Juvenes Print. 213–236.

Vilkkö, Anni – Finne-Soveri, Harriet – Heinola Reija. Ikäihmisten palveluntarpeet ja saatu apu. 2010. Teoksessa Vaarama, Marja –Moisio, Pasi – Karvonen, Sakari (toim.). Suomalaisten hyvinvointi. Verkkodokumentti.  
<<http://www.vasa.abo.fi/users/minygar/Undervisning-filer/Suomalaisten%20hyvinvointi%202010.pdf>>. Luettu 26.9.2012.

Voutilainen, Päivi 2007. Laadun arviointi. Teoksessa Heinola, Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy. 13-17.

Voutilainen, Päivi 2008. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, Päivi –Tiikkainen, Eeva (toim.). Gerontologinen hoitotyö. Porvoo: WSOY oppimateriaalit Oy.124-144

Vähäkangas, Pia 2008. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, Päivi –Tiikkainen, Eeva (toim.). Gerontologinen hoitotyö. Porvoo: WSOY oppimateriaalit Oy. 145-157.

Väyrynen, Riikka – Kuronen, Raija 2012. Kotihoidon laskenta 30.11.2012. Tilastoportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.  
<[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110191/Tr17\\_13.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110191/Tr17_13.pdf?sequence=1)>. Luettu 15.8.2013.

**Liitteet**

## Liite 1

## Haastattelupyyntö tutkimukseen

Olen Metropolian Ammattikorkeakoulun opiskelija ja opiskelen vanhustyön koulutusohjelmassa geronomiksi. Opiskelen työn ohessa ja työskentelen Rasion kotihoidossa lähihoitajana.

Teen opinnäytetyötä aiheesta: Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia arviointikäynnistä palveluohjauksen näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on kuulla asiakkaan ääni ja omakohtainen kokemus arviointitilanteesta, sen toimivuudesta sekä merkityksestä hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukemisessa.

Tällä kirjeellä pyydän suostumusta haastatella teitä, joka olette uusi kotihoidon palveluiden piiriin tullut asiakas ja teille on tehty arviointikäynti palvelutarpeen kartoittamiseksi marras-joulukuun 2012 – Tammikuu 2013 aikana.

Olisin kiinnostunut juuri teidän ajatuksista ja kokemuksista liittyen arviointikäynnin ja kotihoidon palveluiden merkitykseen kotona asumisen tukena. Haastattelu kestää arviolta tunnin ja voidaan tehdä teidän kotona tai muussa sovitussa paikassa.

Haastateltavan henkilön tiedot käsitellään ja esitellään siten, että haastateltavan henkilöllisyys pysyy salassa koko tutkimuksen ajan. Tutkijana minua sitoo vaitiolovelvollisuus ja haastatteluaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen ja arvioinnin jälkeen. Haastatteluun ja tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja te voitte milloin tahansa ilman erityistä syytä peruuttaa suostumuksenne. Haastatteluun vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuta mitenkään teidän saamiinne palveluihin nyt eikä tulevaisuudessa.

Ohjaavana opettajana toimii Lehtori Tuula Mikkola (yhteystiedot xxx). Työelämänedustajan ohjaaja on Johtava hoitaja Ritva Seppälä (yhteystiedot xxx).

Otan yhteyttä teihin puhelimitse viikon sisällä tämän kirjeen saapumisesta ja tiedustelen halukkuuttanne osallistua haastatteluun.

Ystävällisin terveisin  
Sirpa Levy

Vastaan mielelläni, mikäli teillä tai omaisillanne on kysyttävää tai haluatte lisätietoja haastattelututkimuksesta

Yhteystiedot:  
Sirpa Levy  
xxx

## Liite 2

## Tutkimussuostumus

Osallistun teemahaastateltavana Sirpa Levyn opinnäytetyön tutkimukseen, jonka aiheena on Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia arviointikäynnistä palveluohjauksen näkökulmasta.

Olen saanut aikaisemmin kirjallisena tutkimukseen liittyvän haastattelupyynnön sekä selvityksen tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta.

Annan suostumukseni haastattelun nauhoittamiseen ja haastatteluaineiston käyttöön tässä tutkimuksessa niin, ettei vastaaja ole tunnistettavissa lopullisesta opinnäytetyöstä. Edellytän myös, että tutkimusaineistoa käsitellään hyvän tieteellisen tutkimustavan mukaan ja eettisiä periaatteita noudattaen.

Osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja voin halutessani keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa tahansa.

Tutkimussuostumusta on allekirjoitettu kaksi samansisältöistä kappaletta (yksi haastateltavalle, yksi tutkijalle).

Raisio \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2013

---

Allekirjoitus ja nimenselvennös

Lisätietoja:

Sirpa Levy  
xxx

## Liite 3

## Teemahaastattelurunko

## 1. TAUSTATIEDOT

---

Sukupuoli/ikä  
Siviilisääty/Asuminen  
Ammatti  
Sosiaalinen verkosto  
Harrastukset  
Omat voimavarat/Missä asioissa tarvitsee apua?  
Mitä ymmärrätte käsitteellä palveluohjaus?

## 2. ARVIOINTITILANTEeseen OHJAUTUMINEN

---

Miten on ohjautunut arviointitilanteeseen?  
Miten hyvin muistatte arviointikäyntitilanteen?  
Millainen tilanteenne on ollut ennen arviointikäyntiä?  
Oletteko käyttäneet aikaisemmin esim. Hulvelan Helmen (matalan kynnyksen palvelupiste) palveluita?  
Onko aikaisemmin ollut käytössä muita palveluita?  
Olisiko tarvetta/halua/mahdollisuutta käyttää yksityisen sektorin palveluita?  
Millaisia odotuksia teillä oli arviointikäynnistä/kotihoidosta ja sen toiminnasta?  
Miten koette itsenne avuntarvitsijana?  
Miten omaiset mielestänne kokevat teidän tilanteenne?  
Koetteko edelleen määräävänne omista asioistanne?

## 3. ARVIOINTITILANTEEN TOTEUTUMINEN, PALVELUOHJAUksen NÄKÖKULMASTA

---

Keitä oli paikalla arviointitilanteessa?  
Miten paljon saitte tietoa erilaisesta toiminnasta ja palveluista?  
Miten paljon saitte tietoa muista kuin kunnan tarjoamista palveluista?  
Miten tarpeita ja toiveita kartoitettiin?  
Huomioitiinko tarpeet ja toiveet riittävän monipuolisesti (kokonaisvaltaisesti)?  
Mistä palveluista sovittiin arviointikäynnillä?  
Mitä tavoitteita toiminnalle asetettiin?  
Miten palveluiden oikea-aikaisuus toteutui?  
Saitteko riittävästi tietoa kotihoidon maksuista?

#### 4. ARVIOINTITILANTEEN TOTEUTUMINEN, KOHTAAMISEN NÄKÖKULMASTA

---

Millaista oli arviointitilanteessa olevien henkilöiden vuorovaikutus?

Millaiset mahdollisuudet itsellä oli osallistua keskusteluun?

Koittako tulleenne kuulluksi arviointitilanteessa?

Miten ammattimaisesti tilanne hoidettiin?

Mitä asioita jäi epäselväksi tai mitä palveluja vaille jätitte?

#### 5. TOIMINTA ARVIOINTIKÄYNNIN JÄLKEEN sekä AJATUKSIA/ODOTUKSIA TULEVAISUUDESTA

---

Miten palvelut ja asioiden hoito on järjestetty arviointikäynnin jälkeen?

Miten kotona pärjäämisen mahdollisuudet on parantunut/onko parantunut arviointikäynnin jälkeen?

Keitä ammattihenkilöitä on osallistunut palveluiden toteuttamiseen?

Miten yhteistyö eri työntekijöiden kanssa on sujunut?

Miten haluaisitte omaa tilannetta seurattavan?

Onko teille nimetty omahoitaja?

Pystyttekö antamaan palautetta toiminnasta (arviointitilanteesta tai kotihoidon toiminnasta)?

Mitä toivoisi ammattilaisten ottavan huomioon omassa elämäntilanteessa?

Miten haluaisitte kehittää arviointikäyntiä?

Mitä ajatuksia kotona asuminen nyt ja tulevaisuudessa herättää?